

جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي التربوي

حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات في ضوء بعض المتغيرات

The Needs of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Jordan According to Their Mothers in The Light of Some Variables

إعداد

أحمد علي الشديفات

إشراف الدكتور

رامي طشطوش

حقل التخصص: التربية الخاصة

٢٠١٣

حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات في ضوء بعض المتغيرات

إعداد

أحمد علي الشديفات

بكالوريوس تمريض، جامعة العلوم والتكنولوجيا، ١٩٩٧

قدمت هذه الرسالة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة من جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

وافق عليها

د. رامي عبدالله طشطوش .... مشرفاً رئيساً

أستاذ مساعد في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة اليرموك

د. محمد علي مهيدات .... عضواً

أستاذ مساعد في التربية الخاصة، جامعة اليرموك

د. رائد محمود خضير .... عضواً

أستاذ مساعد في مناهج اللغة العربية، جامعة اليرموك

تاريخ تقديم الأطروحة

٢٠١٣/٣/١٣

الإهداء

إلى من علموني النجاح والصبر.

إلى من عانوا الصعاب لأصل إلى ما أنا فيه.

وعندما تكسوني الهموم أسبح في بحر حنانهم ليخففوا من آلامي.

إلى من أفتقدهم في مواجهة الصعاب .

ولم تمهلهم الدنيا لأرتوي من حنانهم ... أمي وأبي.

إلى رفيقة دربي التي ما كان لهذا العمل أن يكتمل دون مساندتها ... زوجتي.

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي ... أبنائي.

إلى من يحملون في عيونهم ذكريات طفولتي وشبابي ... إخوتي وأخواتي.

إلى كل من تمنى لي النجاح في حياتي وأعانني بالدعاء ... مشايخي وأصدقائي.

الباحث

أحمد الشديفات

الشكر والتقدير

أتوجه بالحمد بداية لله الذي أعانني وأمدني بالقوة والعزيمة لإتمام هذا العمل، والذي أسأله سبحانه أن يجعله خالصا لوجهه الكريم وأن ينفع به، ومن ثم أتوجه بالشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذي الفاضل الدكتور رامي طشطوش، الذي أشرف على رسالتي، وكان لدعمه الكريم وتوجيهاته الحكيمة الأثر الكبير في إنجاز هذا العمل، فكان لي نعم الأخ ونعم المرشد والموجه، وأخص بالشكر الجزيل كل من أشعل شمعة في دربي، وإلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربي إلى أساتذتي الكرام في كلية التربية عامة وإلى الأساتذة الكرام في قسم علم النفس الإرشادي والتربوي خاصة.

ولا يفوتني أن أعرب عن شكري الجزيل لأعضاء لجنة المناقشة، الذين ستكون لتوجيهاتهم وآرائهم الأثر الكبير في إثراء هذه الدراسة.

الباحث

أحمد الشديفات

قائمة المحتويات

فهرس الجداول

الجدول	الصفحة

فهرس الملاحق

الملخص

الشديفات، أحمد علي. حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات في ضوء بعض المتغيرات. رسالة ماجستير بجامعة اليرموك. (٢٠١٣). (المشرف: د.رامي طشطوش).

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الحاجات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات، والتعرف على الفروق بين الحاجات تبعاً لمتغيرات: عمر الطفل، وجنس الطفل، ونوع الاضطراب. بلغ عدد أفراد الدراسة (١٠٠) أم لطفل من أطفال اضطراب طيف التوحد في مدينتي عمان وإربد.

ولتحقيق هدف الدراسة تم تطوير أداة لقياس حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد تكون من (٧٥) فقرة موزعة على خمسة مجالات رئيسة، تضمنت الحاجات في المجال الاجتماعي، والحاجات في المجال الأكاديمي، والحاجات في المجال السلوكي، والحاجات في المجال التواصلي، والحاجات في المجال التكيفي، تتوافر فيها شروط الصدق والثبات المناسبة. تمت معالجة البيانات إحصائياً عن طريق حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والاختبار التائي (t-test).

أظهرت نتائج الدراسة أن تقدير الأمهات الكلي لحاجات أبنائهن على الأبعاد الخمسة جاءت مرتفعة، فقد جاءت الحاجات مرتبة ترتيبا تنازلياً على النحو الآتي: المجال السلوكي، يليها المجال التواصلي، ثم المجال الاجتماعي، والمجال التكيفي، فالمجال الأكاديمي.

كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لحاجات أطفال طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات يعزى لنوع الاضطراب ولصالح التوحد التقليدي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية لحاجات أطفال طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات يعزى لاختلاف الجنس ولصالح الإناث. وكذلك أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لحاجات أطفال

طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات يعزى لمتغير عمر الطفل، ولصالح عمر من خمسة سنوات فأقل.

الكلمات المفتاحية: (اضطراب طيف التوحد، الحاجات، الأمهات، الأطفال).

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

إن الاهتمام بتربية ورعاية الأجيال بمختلف فئاتهم ومحاولة الوصول بهم إلى أعلى درجات التفوق والعطاء، يعد من المؤشرات الرئيسة لرقي المجتمعات وتقدمها، ويتجلّى ذلك بوضوح في مدى العناية التي توليها هذه المجتمعات للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وتوفير إمكانات النمو الشامل لهم من جميع النواحي، مما يساعد في إعدادهم لحياة شخصية واجتماعية واقتصادية ناجحة يؤدي فيها كل منهم دوره في خدمة المجتمع مهما كان حجم إسهامه. أما إهمال هذه الفئة فيؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم وتضاعف إعاقاتهم ويصبحون عالة على أسرهم ومجتمعاتهم. ومن بين هذه الفئات فئة أطفال اضطراب طيف التوحد، والتي تحتاج وبشكل كبير إلى توفير البرامج التدريبية والتأهيلية التي من شأنها رفع مستوى أدائها وتحسين ظروفها الحياتية في شتى المجالات، لما تعانيه هذه الفئة من اضطرابات كبيرة على المستوى الاجتماعي والسلوكي والتواصلي، وغيرها من مهارات الحياة الأساسية.

ويعتبر اضطراب التوحد واحداً من أهم الإعاقات التطوريّة التي يكون للأسرة – وبخاصة الوالدين– دوراً كبيراً في رعايتها من حيث الكشف المبكر، وتقييم الحاجات الفعلية، والمشاركة في البرامج التربوية والتأهيلية الموجهة لها. وهي كذلك من أكثر الإعاقات التطوريّة صعوبة بالنسبة للطفل ولوالديه والعائلة جميعها، وتنبع هذه الصعوبة من غموض هذه الإعاقة، مع شدّة وغرابة أنماط السلوك الناتج عنها، وتطابق بعض صفاتها مع بعض الإعاقات الأخرى، إضافة إلى ذلك فإن إعاقة اضطراب طيف التوحّد تعتبر من الإعاقات الدائمة، وتتطلب مراقبة مستمرة وإشرافاً دائماً من أفراد العائلة وخاصةً الوالدين، مما يزيد من الأعباء الملقاة على عاتقهم (Gray, 2006).

ويعد الطبيب النفسي ليوكانر (LeoKanner) أول من تعرف إلى هذا الاضطراب عام ١٩٤٣،

وأطلق عليه اسم (Autism)، وهي كلمة يونانية ومعناها الانعزال والانغلاق على الذات، وأشار إلى أن هناك أربعة مظاهر تميز الطفل التوحدي من غيره وهي: الانغلاق على النفس في فترة الحضانة أو الطفولة المبكرة، والضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي بما فيها العلاقة مع أفراد العائلة، وغياب أو ضعف اللغة أو الاتصال، وأخيراً الإصرار والاستمرار على سلوكيات ثابتة أو على نمط روتيني لا يتغيّر (الشامي، ٢٠٠٤).

ويعرف اضطراب التوحد على أنه: اضطراب نمائي عام، يتصف بظهور قصور نوعي في العلاقات الاجتماعية، وعجز معرفي واضطرابات في التواصل واللغة، وتكون إثارة ذاتية غير اعتيادية وذات سلوكيات نمطية وطقوسية، على أن تظهر هذه الخصائص وتشخص قبل سن الثالثة من العمر (هالاهان وكوفمان، ٢٠٠٨).

أما التعريف الفدرالي الأمريكي لاضطراب التوحد، فيشير إلى أن التوحد: إعاقة نمائية تؤثر بدرجة ملحوظة في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر، ويؤثر سلباً في الأداء التربوي، وتشتمل خصائصه على إعاقات في التواصل وانشغال في أنشطة تكرارية وحركات نمطية ومقاومة التغير في البيئة أو مقاومة التغير في الروتين اليومي واستجابة غير مألوفة للخبرات الحسية (Kuder, 2003).

ويعتبر مصطلح اضطراب طيف التوحد مصطلحاً شمولياً تندرج تحته مجموعه من الاضطرابات النمائية التي وصفت على أنها الأنواع الرئيسة للتوحد وهي: اضطراب التوحد (التوحد الكلاسيكي)، ومتلازمة أسبيرجر، ومتلازمة ريت، واضطراب الانتكاس الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Kinne & Legislative, 2008).

ويعرف الفوزان (٢٠٠٣) اضطراب طيف التوحد بأنه خلل وظيفي في المخ لم يتوصل العلم بعد لتحديد أسبابه، يظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويمتاز بقصور وتأخر في النمو

الاجتماعي والإدراكي والتواصل مع الآخرين، ويلاحظ أن الطفل المصاب بالتوحد يكون طبيعياً عند الولادة وليس لديه أية إعاقة جسدية أو خلقية، وتبدأ المشكلة بملاحظة الضعف في التواصل لدى الطفل، ثم يتجدد لاحقاً بعدم القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية وميله للعزلة مع ظهور مشاكل في اللغة (إن وجدت)، ومحدودية في فهم الأفكار، ولكنه يختلف عن الأطفال المتخلفين عقلياً بأن بعض المصابين لديهم قدرات ومهارات فائقة، قد تبرز في المسائل الرياضية والموسيقى والمهارات الدقيقة، ويتفوق عليه الطفل المتخلف عقلياً في الناحية الاجتماعية، ويتم تشخيص إعاقة التوحّد عادة بالعديد من الصفات من أهمها، العزلة والانغلاق على النفس، والصعوبة والعجز في تكوين العلاقات الاجتماعية، والضعف في التواصل حتى بوجود اللغة في بعض الحالات، والفشل في طلب المساعدة من الآخرين.

أما سميث فيرى أن أطفال اضطراب التوحد هم أطفال يعانون من قصور نوعي في التواصل، وعجز في إقامة التفاعلات الاجتماعية، ويظهرون سلوكيات وأنشطة واهتمامات مقيدة، على أن يشخصوا دون سن الثالثة من العمر (Smith, 2007).

ويضيف هوبسون (Hobson, 2005) أن الأطفال التوحديين هم أطفال يعانون من صعوبات في إدراك الحالات الانفعالية للآخرين، بالإضافة إلى مشكلات شديدة في التعبير عن الانفعالات، ونقص واضح في الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية، وقصور في تكوين العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها، وكذلك فشل في القيام بالإيماءات والتلميحات الاجتماعية مثل إيماءات وملامح الوجه في حالات الغضب والرضا.

وتعتبر محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع والمعدل عام (٢٠٠٠) الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية (DSM-IV-TR, 2000) من أفضل المحكات في تشخيص التوحد، وهذه المحكات هي:

أولاً– يشترط في تحديد اضطراب التوحد أن تتطابق ستة أعراض على الأقل بحيث توزع كما يلي: عرضان من المجموعة الأولى، وعرض واحد على الأقل من المجموعة الثانية، وعرض واحد على الأقل من المجموعة الثالثة.

المجموعة الأولى: وجود قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي تظهر على الأقل في اثنين مما يأتي: قصور حاد في استخدام أنماط السلوكيات غير اللفظية المتعددة (مثل: التواصل البصري مع الآخرين، وتعبيرات الوجه، ووضع الجسم وإيماءاته)، وفشل الطفل في إقامة علاقات مع الأقران تتناسب ومستوى نموه العقلي، وقصور في البحث العفوي (التلقائي) لمشاركة الآخرين الأفراح والاهتمامات، والانجازات (مثل القصور في الإشارة إلى الأشياء المثيرة للاهتمام)، والافتقار إلى التبادل الاجتماعي والانفعالي (تبادل العواطف، والمشاعر، والاهتمامات الاجتماعية).

المجموعة الثانية: وجود جوانب قصور نوعية في التواصل تظهر في واحدة على الأقل مما يأتي: الاستخدام النمطي أو الترديدي للغة، ونقص اللعب التخيلي التلقائي أو اللعب الاجتماعي المناسب للمستوى النمائي، وتأخر أو نقص كلي في نمو لغة الحديث (لا تكون مصحوبة بمحاولة التعويض بطرق تواصل بديلة كالإيماءات)، وقصور حاد في القدرة على المبادرة، أو الاحتفاظ بالمحادثة مع الآخرين لدى الأطفال الذين يملكون حصيلة لغوية جيدة.

المجموعة الثالثة: نماذج سلوك واهتمامات وأنشطة نمطية تتكرر بصفة حصرية تظهر في واحدة على الأقل مما يأتي: الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء، والتشبث بروتين محدد وطقوس محددة، وممارسة حركات نمطية متكررة (كالتصفيق ورفرفة اليدين، تدوير اليدين).

ثانياً– ظهور أداء وظيفي غير عادي في واحدة مما يأتي قبل سن الثلاث سنوات: التفاعل الاجتماعي، واللعب الرمزي أو التخيلي، واللغة كأداة للتواصل الاجتماعي (Julie, 2012).

مما سبق يلاحظ أن اضطراب التوحد اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر في مجالات عدة من

حياة الطفل، فهو يؤثر في التفاعل الاجتماعي والجانب السلوكي والحركي، وكذلك يظهر أطفال هذا الاضطراب مشكلات كبيرة في الجانب التواصلي سواء اللفظي أو غير اللفظي، وقصور واضح في اللغة واستخدام الضمائر، ويعانون من ممارسة طقوس نمطية وروتينية معينة، على أن تظهر هذه الخصائص في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل. وهذا يشير وبدرجة كبيرة إلى الحاجة الماسة إلى إعداد برامج تهدف إلى تحسين مستوى أداء هؤلاء الأطفال في مختلف المجالات، وحيث أن أي جهد يبذل في رعاية هذه الفئة من الأطفال، سواء أكان جهداً علاجياً أو تعليمياً أو تدريبياً أو إرشادياً، يعد جهداً منقوصاً محدود الفائدة ما لم يصاحبه تدخلاً موازياً مكمّلاً له على مستوى أسرته، ذلك أنه لا يمكن لعلاج الطفل أن يكتمل أو ينجح إلا إذا وضعنا في الحسبان تلك العوامل التي ترتبط بالأسرة، والعلاقات الأسرية واتجاه الآباء نحو الإعاقة ودرجة تقبلهم لوجود حالة إعاقة داخل الأسرة وأثرها في حياة الآخرين وتأثيرها في حياة الأسرة بوجه عام.

إن الضغوط النفسية تعد من الملامح الرئيسية لأسر الأطفال التوحديين، ويتأتى هذا من أسباب عدة من أهمها: أن الطفل التوحدي لا يجلب لأهله السعادة، وغير قادر على منح والديه الإثابة التي تتعلق بالأبوة والأمومة، نتيجة البرود العاطفي الشديد الذي يعاني منه، ومن الأسباب كذلك الإحراجات الاجتماعية الكبيرة التي تعاني منها الأسرة، نتيجة السلوكات الغريبة الغير ملائمة التي يمارسها هؤلاء الأطفال في المواقف المختلفة، ويكون نتيجة ذلك في كثير من الأحيان أن تضطر الأسرة للإنعزال عن المجتمع الذي تعيش فيه، وفي أحيان أخرى تقوم الأسر بعزل الطفل نفسه عن مجتمعه لتجنب مثل هذه الإحراجات (Michelle & Pauly, 2011).

ومن هنا فإن التعاون الايجابي بين الأسرة، باعتبارها الشيء الثابت في حياة الطفل المعاق بشكل عام والطفل التوحدي بشكل خاص، وبين الأخصائيين في ميدان تقديم الخدمة، يسهم وبشكل كبير في إيجاد مستوى عالٍ من الثقة بينهم، وبالتالي تطوير وتحسين نوع وكم الخدمات المقدمة للطفل

المعوق، وهذا ما يحقق مفهوم الرعاية الشمولية التي تهدف إلى تلبية جميع حاجات الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وإشراك جميع الأطراف في هذه المسؤولية، وإنه يجب الأخذ بالاعتبار أن تطوير علاقات تعاونية إيجابية بين أسر الأطفال المعوقين من جهة، والأخصائيين من جهة أخرى لا يكون إلا من خلال إشراك هذه الأسر وبشكل مباشر في برامج أطفالهم، وأن هذه العلاقة الفاعلة بين أسر الأطفال المعاقين والأخصائيين يجب ألا تنحصر في مجرد التواصل وتبادل المعلومات فقط، وإنما هي عملية شاملة تتضمن دمج الأسرة وبخاصة الوالدين بنظام الرعاية المتكامل لطفلهم، وجعلهم جزءاً لا يتجزأ منه، وجذب انتباههم لقضايا أطفالهم من ذوي الاحتياجات الخاصة (Hewared, 2006).

وباعتبار أن الوالدين هم الممثلين الأساسيين في التغيرات الفاعلة في حياة أطفالهم، وذلك بما يسهمون به من مسؤولية مع المعلمين في تطوير الكفاءات المختلفة لهؤلاء الأطفال، فإن مشاركتهم في العملية التعليمية والتأهيلية لم تعد مرهونة برغبة الكوادر العاملة بذلك، بل أصبحت أمرا إلزاميا تفرضه القوانين والتشريعات، وقد نبع هذا التوجه من الإدراك القوي لأهمية دور الأسرة في نمو الطفل وتعامله، وأصبح من أحد معايير فعالية ونجاح مؤسسات تقديم الخدمة للمعاقين، مدى مشاركة الوالدين في التخطيط للبرامج التربوية وتطويرها، والمشاركة في تحديد العناصر الرئيسة للبرامج التأهيلية المختلفة لأطفالهم. ويعد قانون تربية الأفراد المعوقين لعام (١٩٧٥) دليلاً واضحاً على نظرة أصحاب القرار إلى الدور الكبير الذي تلعبه الأسرة في رعاية الأطفال المعوقين، فالجزء الثاني من القانون يشير إلى ضرورة تطبيق نظام شامل يجعل للأسرة دوراً كبيراً في تقديم الخدمات للطفل المعاق بالتنسيق مع الفريق متعدد التخصصات، وينص كذلك وبشكل واضح إلى ضرورة اطلاع الوالدين على إجراءات التصميم والتنفيذ والمشاركة في تقييم الخطط التربوية الفردية لأطفالهم (برادلي وسيزر، ٢٠٠٠).

إن التعديلات الحالية للقوانين الفيدرالية تضمنت التأكيد على زيادة مشاركة أولياء الأمور في تعليم أطفالهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، وضمان حصول أسرة كل طفل معاق على فرص حقيقية للمشاركة

في تعليم أطفالهم في المدرسة والبيت، وعلى الأسس التي يجب على مؤسسات تقديم الخدمة أن تتبعها مع أولياء أمور الأطفال المعاقين فيما يتعلق بالإحالة، والاختبار، والإقامة، وتخطيط البرامج وتقييمها، بالإضافة إلى الحق في اللجوء للقانون إذا شعروا أن حاجات أطفالهم لم تتحقق (هالاهان وكوفمان، ٢٠٠٨).

وعلى الصعيد المحلي فإن قانون الأشخاص المعوقين الأردني رقم ٣١ لعام ٢٠٠٧، يعد من القوانين الرائدة في المنطقة العربية والتي ضمنت حقوق الأشخاص المعوقين بمختلف فئاتهم، وكذلك تضمن حق الوالدين في المشاركة والأشراف على البرامج التأهيلية والتعليمية الموجهة لأبنائهم.

وفي هذا المجال لا بد كذلك من الإشارة إلى الجهود الكبيرة التي يبذلها المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين في الأردن، حيث يقدم المجلس العديد من الخدمات التي تهدف إلى توعية وتعريف الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بحقوقهم التي يضمنها لهم القانون في مختلف المجالات، وكذلك يقدم المجلس ومن خلال برامج التأهيل المجتمعي والبالغ عددها ستة مراكز منتشرة في مناطق المملكة المختلفة برامج تأهيلية لأمهات الأطفال المعاقين، تهدف إلى تدريب الأمهات داخل المنازل على كيفية التعامل مع أبنائهن، والمساعدة في تقديم البرامج التأهيلية المختلفة لهم (المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين في الأردن، ٢٠١٢).

نسبة الانتشار

تعتبر عملية تحديد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد أمراً صعبا؛ لأن نسبة الانتشار تعتمد علي عوامل عدة من أهمها: نوع الاضطراب، والتعريف المستخدم، والمحكات التشخيصية المستخدمة في التعريف، وصدق أدوات الكشف والتشخيص وثباتها، وقد وصف كانر(Kaner) التوحد عام ١٩٤٣ بأنه طيف من الاضطرابات نادر الحدوث، إلا أن أول دراسة ميدانية موثقة لتحديد نسبة الانتشار كانت دراسة لوتر (Lotter, 1966-1967)، حيث قام بدراسة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (٨-١٠)

سنوات من مدينة ميدل سكس (Medelesex) الأمريكية ممن انطبقت عليهم صفات كانر السالفة الذكر، مستخدماً سلسلةً من الخطوات التشخيصية، وبينت الدراسة أن النسبة الكلية للتوحد تبلغ (٤-٥) لكل عشرة ألاف حالة مقسومةً إلى مجموعتين: المجموعة الأولى والتي تنطبق عليها جميع محكات كانر (Kanet) وبلغت نسبتها (١-٢) حالة لكل عشرة آلاف طفل، والمجموعة الثانية والتي تنطبق عليها معظم الصفات وليس جميعها وبلغت نسبتها (٢-٤) حالة لكل عشرة آلاف طفل (عصام، ٢٠٠٤).

وحديثاً تشير إحصائيات شبكة مراقبة الإعاقات التطورية والتوحد Autisn and Developmental Disability Monitoring network (ADDM) لعام (٢٠٠٨) والتي أجريت على ١٤ ولاية من الولايات الأمريكية المتحدة، إلى أن ١ من كل ٨٨ طفل من أطفال الولايات المتحدة – أي ما يقارب ١١,٣ من كل ١٠٠٠ طفل- يعانون من اضطراب طيف التوحد وهذا يشكل زيادة مقدارها ٢٣% من إحصائيات عام (٢٠٠٧) وبزيادة مقدارها ٧٨% من إحصائيات عام ٢٠٠٢، وترجع شبكة مراقبة الإعاقات التطورية والتوحد (ADDM) هذه الزيادة إلى تطور أدوات وأساليب تشخيص هذا الاضطراب، وكذلك إلى الزيادة في وعي المجتمع تجاه هذا الاضطراب وخاصة الوالدين، ونتيجة لهذه الحقائق زاد الاهتمام بدراسة اضطراب التوحد مما جعل الحكومة الأمريكية تزيد ميزانية أبحاث التوحد بنسبة ١٦%.

ومن خلال استقراء النتائج والحقائق المتعلقة بنسبة انتشار اضطراب التوحد، يلاحظ أن هذه النسبة أخذه بالزيادة بشكل قد دفع كثيراً من أهل الاختصاص إلى القول بأن اضطراب التوحد من الأمراض الوبائية الأوسع انتشارا على مستوى العالم، ويظهر الجدول (١) نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة في الأعوام ما بين (٢٠٠٠) إلى (٢٠٠٨) وبحسب دراسات شبكة مراقبة الإعاقات التطورية والتوحد ADDM (Center for Disease Control and Prevention , 2012).

الجدول (١)

نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في الولايات المتحدة في الأعوام ما بين (٢٠٠٠) إلى (٢٠٠٨)

السنة	النسبة من كل ١٠٠٠	النسبة العامة
2000	6.7-1000	1 in 150
2002	6.6-1000	1 in 150
2004	8-1000	1 in 125
2006	9-1000	1 in 110
2008	11.3-1000	1 in 88

أسباب اضطراب طيف التوحد

اضطراب طيف التوحد ليس مرضاً محدداً ذا عرض معين، وليس له تحاليل واختبارات تحدده، بل مجموعة من الأعراض والتصرفات تختلف حدتها ونوعيتها من طفل لأخر، كما أنها تتفاوت في الطفل نفسه، وتختلف هذه الأعراض لديه بالدرجة والحدة، وعلى الرغم من الدراسات العديدة التي أجريت ما زالت أسباب التوحد مجهولة، فعندما بدأ التعرف على التوحد فسر بعض الأطباء النفسيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينتج عن أنماط التنشئة غير الدافئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل، وفسر العالم الفرنسي (Prono Betilhem) أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين، ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم، وأطلق عليها مصطلح الأم الثلاجة، وهذا ما أثبتت الدراسات الحديثة عدم صحته، وأن هنالك العديد من العوامل العصبية والوراثية والبيئية المرتبطة وبشكل مباشر بالإصابة بهذا الاضطراب (الشامي، ٢٠٠٤).

وتالياً إيجاز لأهم الأسباب والعوامل التي أظهرت الدراسات المختلفة ارتباطها وبشكل وثيق بظهور اضطراب طيف التوحد عند الأطفال:

أولاً: العوامل العصبية الجسمية

إن حجم الأنسجة الدماغية الكلية والتجويفات الجانبية في دماغ التوحديين كانت في المتوسط أضخم من حجم دماغ الأسوياء، ولقد أفترض الباحثون احتمال وجود عطب في الخلايا العصبية،

حيث إنها تموت في فترة النمو المبكر (Simon, 2004).

ويقدم كورجيزن (Courchesns, 2004) أدلة أكثر على أن عدم السوية في نمو الدماغ عند أطفال اضطراب التوحد تبدأ مبكرة حتى قبل الولادة ويكون محيط رأس الأطفال الذي يعانون فيما بعد من التوحد أقل عند الميلاد مقارنة مع الأطفال الطبيعيين، ولكنهم يمرون بزيادة سريعة في النمو خلال الأشهر والأعوام الأولى من الحياة، وعند سن الثالثة أي عندما تبدأ الأعراض السلوكية للتوحد بالظهور يكون دماغ التوحديين أكبر من دماغ أقرانهم من الأطفال الأسوياء.

ثانياً: العوامل الوراثية

إن الدور الأكبر في حدوث اضطراب التوحد وبنسبة كبيرة تعود إلى العوامل الوراثية، وإن هذه الأسباب تعود لوجود إختلالات في بعض الجينات والكروموسومات في مرحلة مبكرة من حياة الطفل، ولكن الدراسات الارتباطية لم تصل إلى الآن للصيغة النهائية لهذه الاختلالات الجينية، ومن الصعوبات التي يواجهها المختصون في هذا المجال وجود علاقات تشعبيه في الاختلالات الجينية التي ترتبط بأكثر من إعاقة في نفس الوقت (Freitag, 2007).

ثالثاً: العوامل البيئية

يمكن تقسيم العوامل البيئية بحسب الزمن إلى ثلاثة مراحل: مرحلة ما قبل الولادة، في أثناء الحمل، ومرحلة الولادة، ومرحلة ما بعد الولادة.

١- مرحلة ما قبل الولادة، في أثناء الحمل:

هنالك العديد من العوامل البيئية التي أثبتت الدراسات وجود علاقة قوية لها بظهور اضطراب التوحد عند تعرض الأم لها في أثناء الحمل ومن أهمها:

حمض الفوليك (Folic acid)

يذكر كل من موسكيك وكيمبي (Muskic & Kemperman, 2006) أن ظهور مدى قوة العلاقة بين مستوى حامض الفوليك في جسم الأم واحتمالية ظهور اضطراب التوحد عند المولود، تم

عندما قامت الولايات المتحدة عام ١٩٩٨ بتزويد بعض الأطعمة، مثل الخبز والحبوب بحامض الفوليك، وذلك محاولة منها لتعويض نقص هذا الحمض عند الطبقة الفقيرة في المجتمع، ولتقليل تعرض مواليد هذه الطبقة لمرض خطير جداً ينتج عن نقص هذا الحمض يعرف بالسبايناباىفدا (Spinabifida)، وبالفعل تناقصت الإصابة بهذا المرض بنسبة ٣٠%، ولكن وللأسف أدى هذا الإجراء الوقائي إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالتوحد إلى عشرة أضعاف.

المشوهات الخلقية (Teratogens)

وهي مواد تؤدي إلى إحداث تشوهات خلقية بين المواليد عند تعرض الأم لها، ومن الأمثلة عليها العقاقير، والأشعة السينية، والإصابة ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية. وتشير الدراسات إلى أن تعرض الأم الحامل لهذه المواد، خصوصاً في الأسابيع الثمانية الأولى يزيد من احتمالية ظهور اضطراب التوحد عند المولود (Szpir, 2006).

المبيدات الحشرية (Pesticides)

ويشير روبيرتس وأخرون (Roperts et al, 2007) ومن خلال دراسة أجريت في كاليفورنيا أن النساء اللواتي يسكن بالقرب من الحقول ويتعرضن لبعض أنواع المبيدات الحشرية، يكن أكثر عرضة لإنجاب أطفال مصابين بالتوحد بعدة مرات من غيرهن، وكذلك أظهرت الدراسة أن زيادة احتمالية إنجابهن لأطفال توحديين تزداد بزيادة مستوى الجرعة التي تعرضن لها، وتقل كلما ابتعدن عن التعرض لهذه المبيدات.

التيستوستيرون الجنيني (Fetal Testosterone)

أظهرت الدراسات أن ارتفاع مستوى هذا الهرمون في رحم الأم، يؤدي إلى تحسين قدرات الطفل بعد الولادة على تمييز الأشكال، وتحليل الأنظمة المعقدة، ولكن وبنفس الوقت يؤدي هذا الارتفاع إلى ضعف شديد في قدرات التواصل والتفاعل العاطفي عند المولود، وهذه من المظاهر

الرئيسية للتوحد (Knickmeyer & Baron-Cohen, 2006).

٢- العوامل البيئية أثناء الولادة:

أظهرت العديد من الدراسات ومنها دراسة كولفيزون (Kolevzon, 2007) وكذلك دراسة ليمبيروبولوس (Limperopoulos, 2007) وجود علاقة كبيرة بين ظروف الولادة واحتمالية الإصابة باضطراب التوحد ومن أهم هذه الظروف: انخفاض وزن الجنين عند الولادة وفترة الحمل، وانخفاض مستوى الأوكسجين عند المولود، وكذلك إصابة المولود بنزيف في أثناء عملية الولادة.

٣- العوامل البيئية ما بعد الولادة:

يؤكد زيسبر (Szpir, 2006) أن موضوع العوامل البيئية ما بعد الولادة وعلاقته بظهور اضطراب التوحد لدى الأطفال يبقى موضوعاً خلافياً، وأن هنالك العديد من الأبحاث والدراسات تجري للتحقق من التأثير الفعلي لهذه العوامل والتي من أهمها إعتلالات الجهاز الهضمي، والحساسية، والاعتلالات المناعية، والتعرض لبعض العقاقير، واللقاحات، والعدوى، وتأثير بعض الأطعمة والمعادن مثل الزئبق والرصاص.

أنواع اضطراب طيف التوحد

أن مصطلح اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder (ASD) هو مصطلح شمولي يندرج تحته تصنيف لمجموعة من الاضطرابات النمائية، والتي تتمايز وتختلف عن بعضها بعضاً بحسب شدة ظهور أعراض اضطرابات تشمل التواصل اللفظي وغير اللفظي، وكذلك مظاهر العجز الاجتماعي والاختلالات السلوكية عند الطفل المصاب، ويمكن تصنيفها إلى الأنواع الرئيسية التالية: اضطراب التوحد (التوحد التقليدي) Autistic Disorder، ومتلازمة أسبيرجر Asperger Syndrome، ومتلازمة ريت Rett Syndrome، والاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد (التوحد غير النمطي) Pervasive Development Disorder-Not Otherwise Specified: PDD-NOS،

واضطراب الانتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder (Kinne & Legislative, 2008).

اضطراب التوحد (التوحد التقليدي) Autistic Disorder

مظاهر اضطراب التوحد

يؤكد كل من هيفلن واليمو (Helflin & Alaimo, 2007) أن الأطفال التوحديين يظهرون تباينا واسعا في سلوكياتهم ومهاراتهم وقدراتهم الوظيفية وحاجاتهم التعليمية، والتي تتغير مع نموهم وتطورهم، ويمكن إجمال أهم مظاهر اضطراب التوحد فيما يأتي:

قصور نوعي في العلاقات الاجتماعية

يرى هوبسون (Hosbon, 2005) أن أطفال اضطراب التوحد يعانون من صعوبات كبيرة في إدراك الحالات الانفعالية للآخرين، وكذلك يواجهون مشكلات كبيرة في التعبير عن انفعالاتهم، ويؤكد كارتر (Carter, Davis, Klin, & Volkmar, 2005) أن من أهم مظاهر القصور الاجتماعي عند الأطفال التوحديين عدم الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية، وقصور واضح في تكوين العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها، ويضيف الإمام (٢٠٠٧) أن الأطفال التوحديين يفشلون في القيام بالإيماءات والتلميحات الاجتماعية المناسبة للمواقف الاجتماعية المختلفة، ويظهرون كذلك عجزاً واضحاً في الانتباه المشترك (Joint Attention)، والذي يعد ضرورياً جدا في إقامة التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين.

كما يظهر الأطفال التوحديون عدم اهتمام بالآخرين وعدم استجابة لهم، وهو أول ما يلاحظه الأهل عند طفلهم التوحدي. ويعاني الطفل التوحدي كذلك من قصور واضح في التفاعلات والعلاقات الاجتماعية، والذي يظهر من خلال سلوكيات معينة من أهمها: عدم الارتباط بالآخرين، وعدم النظر المباشر إلى الشخص الآخر، وعدم إظهار إحساسه للآخرين، وكذلك عدم قبوله لأن يحتضنه احد او

يحمله إلا عندما يرغب هو في ذلك (الشامي، ٢٠٠٤).

ويبين المركز الطبي بمدينة ديترويت الامريكية (Detroit Medical Center, 1998) (المشار إليه في الجلبي، ٢٠٠٥) أن الأطفال التوحديين يفشلون في التفاعل مع القائمين على رعايتهم، إذ إنهم يقضون جزءاً كبيراً من الوقت بمفردهم بدلا من التواجد مع الآخرين، كما أنهم يعانون من قصور في الاهتمامات الاجتماعية قياسا بأقرانهم من الأطفال الآخرين، فيظهرون قدرا ضئيلا من الاهتمام بتكوين صداقات، وكذلك يعانون من قلة الاستجابة للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام.

ومن المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين كذلك، أن الطفل التوحدي غير قادر على تمييز الأشخاص حتى المهمين منهم في حياته، وأحياناً لا يطور علاقاته حتى مع أهله؛ لأنه يهتم بالأشياء أكثر من الأشخاص، وقد أكدت الأبحاث أن تدريب المتوحدين على مهارات اجتماعية في ظروف معينة يساعدهم على تحسين تواصلهم الاجتماعي مع الآخرين (الجلبي، ٢٠٠٥).

ويعد البرود العاطفي الشديد من أهم المظاهر التي تميز طفل التوحد من غيره، حيث يظهر الطفل التوحدي إخفاقا واضحاً في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين، ومما يدل على ذلك النقص الواضح في الاستجابة والانتباه للآخرين من خلال عدم القدرة على النظر المباشر إلى عيون الآخرين، واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة ولو كانت صادرة من الوالدين، لذلك فان الطفل التوحدي قد لا يضحك ولا يبتسم، وإذا ابتسم فان ذلك لا يدل أو يعبر عن فرح. وبعض الأطفال الآخرين لا يعانق أمه إطلاقاً، وبعضهم الآخر لا يظهر عليه أي مظهر من مظاهر الحزن أو الفرح أو الدهشة، مع عدم استقرار انفعالي واضح في البيت والمدرسة (الزريقات، ٢٠٠٤).

عجز في التواصل اللغوي

إن القصور اللغوي من الخصائص المميزة لأطفال اضطراب التوحد، رغم أن تطورهم اللغوي يختلف من حالة إلى أخرى، فبعض التوحديين يصدر الأصوات فقط، وبعضهم يستخدم الكلمات فقط،

وبعضهم يستخدم كلمات قليلة، وبعضهم الآخر يردد الكلمات أو الأسئلة المطروحة عليه.

إن هذا القصور اللغوي لا ينتج عن عدم الرغبة في الكلام، إنما عن خلل وظيفي في المراكز العصبية المتعلقة بتطوير اللغة والكلام، وهذا ما تأكده التفسيرات البيولوجية للتوحد؛ لذلك لا يتوصل الطفل التوحدي أحياناً إلى التعبير بطريقة واضحة ومفهومة حتى بعد تدريبه على ذلك وهذا ما يزيد من انغلاقه في عالمه الخاص (Rebecca & Paul, 2012).

ويشير كل من تيقر ولورد (Tager, Paul, & Lord, 2005) إلى أن مشكلة اضطراب التواصل اللغوي عند أطفال التوحد تنتج من خلال عدم القدرة على معالجة المعلومات المرتبطة بالمواقف الاجتماعية المختلفة، وكذلك بالكيفية التي يتصرف بها هؤلاء الأطفال عند التفاعل مع الآخرين، كما ويظهرون نوعاً من الفهم الحرفي للكلام، والمعلومات اللفظية المسموعة.

ويضيف هيوارد (Heward,2006) إن من مظاهر العجز اللغوي التي تميز الأطفال التوحديين عن غيرهم، سلوك المصادة اللغوية في الكلام (Echolalia)، وهو تكرار للأصوات التي يسمعها الطفل من حوله، وهي على نوعين: مصادة فورية، وتكون عندما يكرر الطفل ما يسمعه مباشرة، والمصادة المتأخرة، وهي تكرار الأصوات التي يسمعها بعد مرور مدة من الزمن قد تكون ساعات وقد تمتد إلى أيام. ويعرفها الشخص والدمياطي (١٩٩٢) بأنها: حالة كلامية تتميز بالترديد اللاإرادي لما يقوله الطفل من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى له، وهي تعتبر من المظاهر الأطفال التوحديين خاصة لأولئك الذين يعانون من إنخفاض في القدرات العقلية. ومن المشكلات اللغوية لدى أطفال التوحد كذلك الاستخدام العكسي للضمائر حيث يستخدم الأطفال التوحديين الضمائر (أنا، هو، أنت، هي) بشكل مشوش (الجلبي، ٢٠٠٥).

المظاهر السلوكية

يظهر أطفال اضطراب التوحد مشكلات سلوكية واضحة، حيث يكون سلوك الطفل التوحدي

متكرراً وثابتاً وقسرياً، فهو يتعلق بأشياء لا مبرر لها، حيث من الممكن أن يقوم باللعب أو الإمساك ولساعات بلعبة معينة بشكل طقوسي، ويقوم الأطفال التوحديون وبشكل متكرر بسلوكات مقيدة لا ترتبط بهدف، وقد ينزعج الطفل التوحدي من التغير في أشياء رتبها وصفها بشكل منتظم فيضطرب، ويلجأ إلى الضرب والصراخ، وتكرار حركات عدوانية من الصعب جداً إيقافه عنها (& Helflin Alaimo, 2007).

ويعاني أطفال اضطراب التوحد وبشكل كبير من ظاهرة الانتقائية الزائدة، حيث يركز الطفل على جزء من الشيء بدلاً من التركيز على الشيء كله (Tsatsanis, 2005). ويشير الشخص (١٩٩٧) إلى أن أهم المظاهر التي تميز الطفل التوحدي التقيد الجامد بالطقوس والعادات غير المهمة، وكذلك اهتمامه بأجزاء الأشياء وليس بالشيء كله. ويعرف الكفافي وعبد الحميد (١٩٩٥) السلوك النمطي بأنه: سلوك منمط جامد غير مرن يتم بغض النظر عن التغيير بالسياق أو النتائج التي ينبغي أن تؤدي إلى تغيير في كيفية تصرف الفرد بحسب المواقف المختلفة.

ويذكر موسى (٢٠٠٩) أن الطفل التوحدي يقوم بحركات غريبة، مثل الدوران دون الإحساس بالدوخة، وكذلك القفز للأعلى والمشي على أطراف الأصابع والتلويح باليدين. ويضيف عمارة (٢٠٠٥) انه من الممكن للطفل التوحدي أن يمضي الساعات محدقاً باتجاه معين أو نحو مصدر صوت معين، ولا يرجع هذا التصرف استجابة إلى مثير معين، بل هو في الواقع نوع من الاستثارة الذاتية التي تبدأ وتنتهي بشكل مفاجئ.

ويؤكد الزريقات (٢٠٠٤) أن الأطفال التوحديين يظهرون استجابة غير عادية للإثارة الحسية، مثل رفض بعض أنواع الأطعمة نتيجة لرائحتها أو لونها، وكذلك الحساسية العالية لأصوات محددة وعدم الاستجابة المناسبة للإحساس بالألم.

اللعب الرمزي والتخيلي

إن اللعب الرمزي التخيلي هو نمط من اللعب يسود في الطفولة المبكرة، حيث يصبح نشاط اللعب للطفل من خلال التعبير الحر عن انفعالاته بما فيها من مشاعر سلبية وعدوانية مكبوتة يسقطها على اللعب بدون خوف من العقاب (Rebecca & Paul, 2012).

إن الأطفال التوحديين يظهرون مشاكل كبيرة في أداء مهارات اللعب الرمزي، وكذلك يعانون من مشكلات كبيرة في تقليد الأطفال الآخرين، وهذا يعتبر مظهراً أساسياً من مظاهر اضطراب التوحد (Roger, Cook & Meryl, 2005).

ويكون لعب الأطفال التوحديين غالباً يدوياً بعيداً عن الإلهام والتخيل الذي يعد المميز الرئيس للعب الأطفال العاديين، وهذا يشير إلى العجز الواضح في تنمية الوظيفة الرمزية لدى هؤلاء الأطفال (الشامي، ٢٠٠٤). كما إن الأطفال التوحديين يلعبون في إطار ضيق جداً، حيث يميلون إلى تكرار نفس الألعاب دون ملل، وهذا بدوره يضعف قدرتهم على اللعب التخيلي الإلهامي، مما يفقدهم القدرة على الإبداع والتجديد والتخيل (سليمان، ٢٠٠٤).

متلازمة أسبيرجر Asperger Syndrom

هو نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة عرف على يد العالم هانز أسبرجر (Asperger Hanze) عام ١٩٤٤، لذلك سمي بمتلازمة أسبيرجر نسبة لمكتشفه، يشترك الأطفال المصابون بمتلازمة أسبيرجر في الكثير من أعراض اضطراب التوحد السابقة الذكر ولكنهم يختلفون عنهم في شدة ظهور هذه الأعراض، حيث يظهرون عجزاً واضحاً في التواصل الاجتماعي والقيام بأعمال نمطية متكررة وروتينية، بالإضافة إلى فقدان القدرة على التخيل، إلا أن المصابين بهذه المتلازمة يمتازون عن غيرهم من الأطفال التوحديين بدرجات ذكاء طبيعية، ولا يعانون من تأخر في اكتساب القدرة على الكلام من حيث المفردات والقواعد، وكذلك في قدرتهم على الاعتماد على أنفسهم بشكل طبيعي

.(Howard, 2006)

مظاهر متلازمة أسبيرجر

في هذا النوع من الاضطراب وخلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، لا يلاحظ الأهل وجود سلوكات غريبة تدعو إلى القلق، نظراً إلى مستوى المهارات الإدراكية الطبيعي لطفلهم، وكذلك عدم تأخره في اكتساب اللغة وكذلك الاهتمام الطبيعي بالبيئة المحيطة به، إلا أنه وعند دخول الطفل الحضانة واختلاطه بمن هم في عمره تظهر الفروق جليه خاصة على صعيد التفاعل الاجتماعي حيث يظهر على الطفل قصور واضح في التوظيف العملي والاجتماعي للغة، وصعوبات على الصعيد الاجتماعي، واهتمامات خاصة تتميز بالروتين والتكرار، وصعوبات في المهارات الحركية؛ تكون ناتجة غالباً عن ضعف في التآزر البصري الحركي (مصطفى، ٢٠١١).

ويؤكد كل من روجر وكوك وميريل (Roger, Cook & Meryl, 2005) أن المصابين بمتلازمة أسبيرجر وكونهم لا يعانون من تأخراً عقلياً أو لغوياً، فإنهم قادرون على إكمال دراستهم الثانوية وحتى الجامعية، وكذلك لديهم القدرة على ممارسة الوظائف العملية، خاصة إذا ما تم تقديم التدريب اللازم والمناسب لهم، إلا أنهم سيبقون يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي، والذي يمثل عجزا دائما لديهم فيشار إليهم غالبا بأنهم أشخاص غريبون.

متلازمة ريت Rett Syndrom

وهي نوع من الاضطرابات النمائية النادرة التي تظهر عند الإناث فقط، وتتميز بنقص حاد في النمو والنطق، وفقدان المهارات الحركية خاصة استخدام الأيدي، وتبدأ بالظهور من عمر سبعة أشهر إلى ٢٤ شهرا بعدها تبدأ حالة الطفل بالتدهور بشكل واضح، وهنالك أربع مراحل رئيسة تمر بها الطفلة المصابة بهذه المتلازمة، وتتميز كل مرحلة بمجموعة من الخصائص:

المرحلة الأولى من ٦ – ١٨ شهرا

تكون الأعراض في هذه المرحلة بسيطة وقد لا يلاحظها والدي الطفلة، حيث يقل الالتقاء البصري لدى الطفلة خلالها، ويقل الاهتمام لديها بالألعاب وبالمحيطين بها بشكل عام، وتتميز هذه المرحلة كذلك بتأثر الحركات الكبيرة- حركة الرجلين واليدين – وقد تتعمد الطفلة جعل اليدين متشابكتين أو لفهما مع إغلاق القبضة.

المرحلة الثانية من ١ – ٤ سنوات

تتميز هذه المرحلة بالتدهور السريع في القدرات الإدراكية نتيجة انخفاض نسبة الذكاء لديها الذي قد يصل إلى مستوى التأخر العقلي الشديد، وقد تفقد الطفلة في هذه المرحلة القدرة على الكلام، كما يظهر عليها وبوضوح ضعف التفاعلات الاجتماعية، وكذلك تبدو على الطفلة في هذه المرحلة سلوكات حركية غريبة، حيث تكرر وضع يديها في فيها أو غسلهن أو التصفيق بهن، بالإضافة لذلك تصبح حركتهن مصحوبة برجفة، ومن الممكن ملاحظة كذلك صعوبات في التنفس والنوم عند الطفلة في هذه المرحلة وصرير الأسنان.

المرحلة الثالثة ٢–١٠ سنوات

من أهم ما يميز هذه المرحلة احتمالية ظهور نوبات من الصرع عند نسبة تقارب ٨٠% من الطفلات المصابات، بالإضافة إلى زيادة تدهور المهارات الحركية، ولكن يلاحظ في هذه المرحلة تحسن في الانتباه والتواصل الاجتماعي.

المرحلة الرابعة من ١٠ سنوات فما فوق

يظهر وبشكل جلي في هذه المرحلة التحسن الواضح في التواصل والانتباه، وتزداد القدرة على السيطرة على نوبات الصرع، إلا أن المهارت الحركية في هذه المرحلة تزداد تدهورا حيث من الممكن أن تفقد الطفلة القدرة على التنقل، وقد تحتاج إلى استخدام الكرسي النقال، قد يظهر على الطفلة بعض

المشاكل الجسدية التي تخص العمود الفقري مثل الميلان الجانبي، وهو ما يسمى بالنجف وقد يظهر عليها تحدب العمود الفقري (Kinne & Legislative, 2008).

اضطراب الانتكاس الطفولي Childhood Disintegrative Disorder

إن هذا الاضطراب من أندر الاضطرابات النمائية الشاملة، وهو يصيب الذكور أكثر من الإناث، ومن مظاهر هذا الاضطراب أن الطفل ينمو وبشكل طبيعي لفترة زمنية طويلة قد تصل إلى عمر العشر سنوات، من حيث القدرات الإدراكية والمهارات الاجتماعية والحركية، والقدرة على الاعتماد على النفس في قضاء حاجاته الخاصة، تبدأ من بعدها حالة الطفل بالتدهور، وظهور سلوكيات شبيهه بسلوكيات الطفل التوحدي، من حيث الابتعاد عن التفاعلات الاجتماعية، وتكرار سلوكات نمطية، ويكون هذا التدهور في فترة قصيرة خلال أشهر أو حتى بضعة أسابيع، ومن الممكن أن يفقد الطفل في هذه المرحلة مهارات سبق واكتسبها مثل الكلام والمهارات الاجتماعية، بل من الممكن أن يصل به الحد إلى فقدان السيطرة على التبول والتبرز، وقد يصاب بالبكم (القمش، ٢٠١١).

ومن الحقائق المؤسفة في هذا الاضطراب أن حوالي ٧٥% من هؤلاء الأطفال لا يسترجعون في غالب الأحيان ما فقدوه من المهارات المختلفة، وإذا حصل تحسن نتيجة لبرامج تدريبية وعلاجية فإنه يكون ضئيلاً وجزئياً (عادل، ٢٠٠٥).

الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد (Pervasive Development Disorder-Not Otherwise Specified PDD-NOS)

يتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الطفل وليس جميعها، ويعرف الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد – بالتوحد غير النمطي، وهو يمثل الاضطراب الأكثر تشخيصا بين الاضطرابات النمائية. ويواجه أطفال هذا الاضطراب صعوبات على صعيد

التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللغوي، وغير اللغوي ومشاكل في اللعب التخيلي والسلوكات التكرارية، إلا أن هذه الأعراض تكون أقل شدة منها في باقي أنواع اضطرابات التوحد الأخرى، وتظل عندهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد الكلاسيكي (أبو الفتوح، ٢٠١١).

وركز الباحث في هذه الدراسة على تحديد أهم الحاجات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية لأطفال التوحد التقليدي والاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد (غير النمطي) من وجهة نظر أمهاتهم.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

بالرغم من أن لكل طفل توحدي حاجاته الفريدة التي يتميز بها عن أقرانه، إلا أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يشتركون عموماً في مجموعة من الحاجات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية، والتي ترتبط وبشكل مباشر بالمشكلات التي يعاني منها هؤلاء الأطفال والتي تؤثر على استقرار وتوازن الأسرة وبالتالي لا بد من طرحها والوقوف عليها، وحيث إن المعلمين والمختصين في الغالب هم من يحددون تلك الحاجات ويقومون بالاستجابة إليها، نجد في كثير من الأحيان أن أهالي أولئك الأطفال يجدون بأن حاجات أبنائهم تختلف عن تلك الحاجات التي يرونها هم ولو على صعيد أولوياتها، وتماشيا مع تطور التشريعات والقوانين التي تنص على ضرورة مشاركة الأسرة وبخاصة الوالدين في بناء البرامج التربوية الخاصة بأطفالهم، والمشاركة في تحديد الحاجات الفعلية لأطفالهم، حاولت هذه الدراسة استقصاء الأبعاد الرئيسية لتلك الحاجات وأولوياتها من وجهة نظر الأمهات، وفيما إذا كانت تختلف تبعا لمتغيرات نوع اضطراب التوحد لدى الأطفال، وعمر الطفل وجنسه. وبالتحديد حاولت الدراسة الإجابة على السؤالين التاليين:

– السؤال الأول: ما تقديرات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد لأهم الحاجات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية لأطفالهن؟

- السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥) بين متوسطات تقديرات الأمهات لحاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن، تبعاً للمتغيرات الآتية: نوع الاضطراب، جنس الطفل، وعمر الطفل؟

أهمية الدراسة

يعد اضطراب طيف التوحد من الإعاقات التطورية الدائمة، والتي تحتاج إلى مراقبة مستمرة وإشرافا دائما نتيجة شدة وغرابة أنماط السلوك الصادرة عن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب. ولأن هذه الفئة من الإعاقات تحتاج إلى برامج تدريبية وعلاجية متخصصة تلعب الأسرة وبخاصة الوالدين دوراً كبيراً في إنجاحها وتقييم فاعليتها، وباعتبار أن العلاقة بين الأسرة – الشيء الثابت في حياة الطفل والرحم الاجتماعي له – وبين الأخصائيين في ميدان تقديم الخدمة، أساسا قويا في تحسين نوع وكم الخدمات المقدمة للطفل التوحدي، وتحقيقا واقعيا لمفهوم الرعاية الشمولية والتي تهدف إلى تلبية جميع حاجات الطفل التوحدي في المجالات المختلفة، جاءت فكرة هذه الدراسة التي انبثقت من خلال اطلاع الباحث على مجموعه كبيرة من البرامج التدريبية والعلاجية الموجهة لتحسين مظاهر العجز لدى الأطفال التوحديين في مختلف المجالات الاجتماعية والسلوكية والتواصلية وغيرها، وملاحظة أن معظم هذه البرامج والدراسات أغفلت وبشكل كبير دور الأسرة وبخاصة الوالدين في تقييم المجالات المهمة من وجهة نظرهم، والتي تحتاج التركيز عليها في البرامج التدريبية والعلاجية، وكذلك فعالية هذه البرامج بعد تطبيقها على أرض الواقع، وهذا بدوره أدى إلى نوع من الإشكالية التعاونية وفتور في العلاقة بين أولياء الأمور والمختصين.

وبناءً على ما سبق تظهر أهمية الدراسة فيما يلي:

- تقديم مرجعاً واقعياً لأهم الحاجات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات.

- تمكين الأمهات من التعبير عن حاجاتهن واقتراحاتهن المرتبطة بمظاهر أطفالهن التوحديين.

- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في بناء برامج تربويّة وتدريبيّة متخصصة تتوافق مع واقع حاجات هذه الفئة من الأطفال.

- إثراء المكتبة العربية بمقياس لحاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في المجالات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية من وجهة نظر أمهات هؤلاء الأطفال.

- تعتبر هذه الدراسة – وفي حدود علم الباحث – أول دراسة في مجال تحديد حاجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

اضطراب التوحد (التوحد الكلاسيكي): تبنى الباحث تعريف الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد (Autism Society Of America-ASA, 2004) الذي يعتبر من أكثر التعريفات قبولاً لدى المختصين، وينص على أن اضطراب التوحّد عبارة عن المظاهر المرضيّة الأساسيّة التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ٣٠ شهراً، ويتضمّن ما يلي: اضطراب في سرعة أو تتابع النمو، واضطراب في الاستجابات الحسيّة للمثيرات، واضطراب في الكلام واللغة والمعرفة، واضطراب في التعلّق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

وإجرائياً يعرف الباحث أطفال اضطراب التوحد في الدراسة بأنهم: الأطفال الذين تم تشخيصهم بشكل رسمي باضطراب التوحد من قبل مراكز التشخيص المعتمدة لدى وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة الصحة، والمسجلين في مراكز التربية الخاصة في مدينتي عمان ومدينة إربد.

الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد (غير النمطي) : هو نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة، ويظهر المصابون بهذا المرض بعض ملامح التوحد في وليس جميعها، ويواجه أطفال هذا الاضطراب صعوبات على صعيد التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللغوي وغير اللغوي ومشاكل في اللعب

التخيلي والسلوكات التكرارية؛ إلا أن هذه الأعراض تكون أقل شدة من الأعراض في باقي أنواع اضطرابات التوحد الأخرى، وتظل عندهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد الكلاسيكي النمطي، وهو يمثل الاضطراب الأكثر تشخيصاً بين الاضطرابات النمائية (مصطفى، ٢٠١١).

وإجرائياً يعرف الباحث أطفال الاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد (التوحد غير النمطي) في الدراسة بأنهم: الأطفال الذين تم تشخيصهم بشكل رسمي بهذا الاضطراب من قبل مراكز التشخيص المعتمدة لدى وزارتي التنمية الاجتماعية ووزارة الصحة، والمسجلين في مراكز التربية الخاصة في مدينتي عمان وإربد.

الحاجات: وهي مجموعة من المتطلبات التي يجب توفيرها للفرد وتتعلق بمعارفه، ومهاراته، وخبراته، وسلوكه في المجالات المختلفة (الخطيب، ١٩٩٥).

وإجرائيا يعرفها الباحث على أنها العلامة الكلية للمفحوص على مقياس الحاجات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية والمعد من قبل الباحث لهذه الدراسة.

الحاجات التكيفية: هي مجموعة من المتطلبات التي يجب توفيرها للفرد وتتعلق بمعارفه، ومهاراته، وخبراته، وسلوكه في مجال مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات، والتي تقيسها فقرات المقياس المعد من قبل الباحث لهذه الدراسة وتكونت من ١٥ فقرة.

الحاجات الاجتماعية: هي مجموعة من المتطلبات التي يجب توفيرها للفرد وتتعلق بمعارفه، ومهاراته، وخبراته، وسلوكه في المجال الاجتماعي، والتي تقيسها فقرات المقياس المعد من قبل الباحث لهذه الدراسة وتكونت من ١٥ فقرة.

الحاجات الأكاديمية: هي مجموعة من المتطلبات التي يجب توفيرها للفرد وتتعلق بمعارفه، ومهاراته، وخبراته، وسلوكه في المجال الأكاديمي، والتي تقيسها فقرات المقياس المعد من قبل الباحث لهذه

الدراسة وتكونت من ١٥ فقرة.

الحاجات السلوكية: وهي مجموعة من المتطلبات التي يجب توفيرها للفرد وتتعلق بمعارفه، ومهاراته، وخبراته، وسلوكه في المجال السلوكي، والتي تقيسها فقرات المقياس المعد من قبل الباحث لهذه الدراسة وتكونت من ١٥ فقرة.

الحاجات التواصلية: وهي مجموعة من المتطلبات التي يجب توفيرها للفرد وتتعلق بمعارفه، ومهاراته، وخبراته، وسلوكه في مجال التواصل واللغة، والتي تقيسها فقرات المقياس المعد من قبل الباحث لهذه الدراسة وتكونت من ١٥ فقرة.

حدود الدراسة

اقتصرت الدراسة على الحدود الآتية:

الحدود البشرية: أمهات أطفال اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر في مدينتي عمان وإربد.

الحدود المكانية: أجريت الدراسة في مدينتي عمان وإربد.

الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول ٢٠١٢ / ٢٠١٣.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

من خلال اطلاع الباحث على الأدب السابق المتعلق بموضوع حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد، في مختلف المجالات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية، لاحظ الباحث ندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع سواء على الصعيد العربي أو الصعيد العالمي، وفيما يلي عرض لما توصل إليه الباحث من هذه الدراسات:

الدراسة التي أجرتها السعد (١٩٩٧) للتعرف إلى أهم الحاجات التدريبية للأطفال التوحديين في دولة الكويت ومدينة جدة في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر الوالدين، وتقدير الوالدين لهذه الأهمية. تكونت عينة الدراسة من (٩٢) والد لطفل توحدي. أظهرت نتائج الدراسة أن جميع الاحتياجات والتي تم قياسها من خلال مقياس أعدته الباحثة لهذا الغرض هي مهمة بالنسبة للأطفال التوحديين من وجهة نظر أبائهم، مع التفاوت في تقدير هذه الأهمية وبحسب متغيرات الدراسة، وجاء في أعلى سلم الحاجات لهؤلاء الأطفال من وجهة نظر أبائهم التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعددة، وكذلك التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة مع الاخرين سواء لفظية أو غير لفظية.

وهدفت دراسة قام بها كل من يونج وبريور وباتسون (Young, Brewer, & Pattison,2003) إلى تقييم الأنماط السلوكية غير الطبيعية لدى الأطفال التوحديين، وقد اشتملت الدراسة (١٧٣) أباً لأطفال توحديين قاموا بملىء استمارة صممت من قبل الباحثين هدفت إلى الكشف عن المشكلات التي يعاني منها أطفالهم التوحديين، وقد حدد الآباء المشكلات التي تواجه أطفالهم على الترتيب الآتي: عيوب في الإدراك الاجتماعي، مشكلات تواصلية، أنماط سلوكية غير اعتيادية أو غير مألوفة، صعوبات حركية.

وهدفت دراسة الزهراني (٢٠٠٥) إلى تحديد أهم المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين من وجهة نظر المعلمين والمعلمات. تكونت عينة الدراسة من (٨٥) معلم ومعلمة موزعين على (٢٠) مركز من مراكز التربية الخاصة في مدينتي الرياض وعرعر. وقد جاءت النتائج لتشير إلى أن أهم المشكلات السلوكية تمثلت في الضعف الشديد في التفاعل الاجتماعي والعاطفي ومن ثم المشكلات السلوكية المتعلقة بالسلوك النمطي لدى الطفل التوحدي وأخيراً المشكلات السلوكية المتعلقة بالاستجابات غير المناسبة للمثيرات الحسية المختلفة.

أما دراسة توتشر (Toettcher, 2006) فقد هدفت إلى تقييم الحاجات الفعلية لأطفال اضطراب التوحد، حيث تكونت عينة الدراسة من ٧٣ طفل توحدي (٥٠ ذكر و٢٣ أنثى). ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس مصمم من قبل الباحث مكون من ٦٥ فقرة موزعة على أبعاد رئيسية ثلاث هي: الحاجات السلوكية، والحاجات الاجتماعية، والحاجات التواصلية، تم تعبئة المقياس من قبل معلمي هؤلاء الأطفال. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الحاجات السلوكية جاءت في المرتبة الأولى تلتها الحاجات في المجال الاجتماعي ومن ثم الحاجات في الجانب التواصلي، وكذلك أظهرت النتائج أن أطفال التوحد يحتاجون إلى برامج علاجية وتأهيلية في هذه المجالات الثلاثة.

ضمن الأطار ذاته أجرت الأحمد (٢٠٠٦) دراسة هدفت التعرف إلى طبيعة الاحتياجات التدريبية والتأهيلية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الآباء والمختصين وأولوياتها. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) أب و (٤٠) معلم. استخدم مقياس للتعرف على أهم الحاجات التدريبية والتأهيلية للأطفال التوحديين صمم من قبل الباحث تكون من ٥٠ فقرة موزعة على ستة أبعاد رئيسة (اجتماعية، تواصلية لغوية، تواصلية غير لغوية، سلوكية، تكيفية، تعليمية). جاءت نتائج استجابات الآباء والمعلمين بالمستوى المرتفع على الحاجات الاجتماعية والسلوكية والتواصلية غير اللغوية، وبالمستوى المتوسط على بقية الحاجات.

وقام ليدنبرو وفيوز (Ledenbro & Fjus, 2007) بدراسة حالة التفاعلات القائمة بين الآباء وأطفالهم التوحديين. اشتملت الدراسة على ٢٠ أسره سويديه، حيث قيمت أنماط تفاعل الآباء مع أطفالهم التوحديين خلال جلسات تقييميه استمرت لمدة ١٨ شهر. أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين يظهرون تأخر واضحاً في مجالات التفاعل الاجتماعي والتواصلي والعاطفي وكذلك في المهارات اللغوية، وخلصت الدراسة إلى أهمية تقديم خدمات التدخل المبكر وأهمية تقييم دور الأسرة.

كما هدفت دراسة الزريقات والإمام (٢٠٠٨) إلى التعرف على مستوى الأداء النفسي والتربوي لدى عينة من الأطفال التوحديين في المراكز المتخصصة في تشخيص وعلاج أطفال التوحد في مدينة عمان بالأردن. ولتحقيق هدف الدراسة فقد تم تصميم اختبار التقييم النفسي والتربوي للأطفال التوحديين والذي اشتمل على ٨٧ فقرة موزعة على سبعة أبعاد رئيسة هي: المعرفي، الاجتماعي، السلوكي، التواصلي، الحركي، والأنشطة والاهتمامات. تكونت عينة الدراسة من ٤٠ طفلاً توحدياً تم اختيارهم من أربعة مراكز متخصصة في مدينة عمان. واستخدم الباحثان اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي في الإجابة على أسئلة الدراسة. وأشارت النتائج إلى أن أداء أفراد الدراسة في المجمل كان ضعيفاً على أبعاد الأداة المستخدمة، وقد جاءت الأبعاد وفقاً لمتوسطاتها كالآتي: السلوكي، الاجتماعي، التواصلي، الحركي، والأنشطة والاهتمامات .

وفي دراسة لاريس وماجلي (Larris and Magley, 2008) والتي هدفت إلى المقارنة بين المهارات الاجتماعية والسلوكية والتكيفية لعينة من الأطفال التوحديين، حيث قاما بتقييم ٢٩ طفل توحدياً باستخدام الملف النمائي (Developmental Profile). أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبات بدرجة شديدة في مجالات المهارات السلوكية والاجتماعية، وبدرجة متوسطة في المهارات التكيفية.

كما أجرى شبيب (٢٠٠٨) دراسة هدفت التعرف إلى الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الآباء. تكونت عينت الدراسة من طفلين توحديين وأستخدم الباحث أسلوب دراسة الحالة للوصول إلى أهم خصائص الأطفال التوحديين من وجهة نظر أبائهم. أظهرت نتائج الدراسة أن أهم الخصائص الاجتماعية تمثلت في البرود العاطفي الشديد تجاه الوالدين وكذلك عدم القدرة على تكوين صداقات مع الأقران والصعوبة الكبيرة في التعبير عن الانفعالات في المواقف المختلفة، أما أهم الخصائص النفسية فتمثلت في الانزعاج الكبير التي يظهرها الطفل عند محاولة تغيير روتين أو ترتيب البيئة التي تعود عليها، وبالنسبة إلى أهم الخصائص العقلية فتمثلت في الضعف الشديد في اكتساب المهارات المعرفية الأساسية.

أما دراسة بروين (Broen, 2010) والتي قام من خلالها باستقصاء حاجات أسر أطفال اضطراب طيف التوحد في عمر المدرسة والمرتبطة بخصائصهم وحاجاتهم التي تحتاج إلى معالجة وتدريب لتحسين مستوى الأداء فيها. تكونت عينت الدراسة من (١٠١) أب لطفل من أطفال طيف التوحد، تراوحت أعمارهم بين (٦ – ١٣) سنة، تم جمع المعلومات بطريقتين: الاستبانة والمقابلات التلفونية. وتم التركيز في هذه الدراسة على أهم الحاجات التي يرى الوالدين أن البرامج المختلفة الموجهة لأبنائهم لم تعالجها بالشكل المناسب، وأظهرت النتائج أن الحاجات في المجال الاجتماعي جاءت في مقدمة الأولويات التي يرى الأهل ضرورة معالجتها والتعامل معها، ومن ثم جاءت الحاجات في الجانب التربوي، وجاءت الحاجة إلى الدعم النفسي في المرتبة الأخيرة.

وكذلك هدفت دراسة الكيكي (٢٠١١) إلى التعرف على أهم المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر أبائهم وأمهاتهم. حيث تم اختيار عينة عشوائية بلغت (٤٦) أباً وأماً لأطفال توحديين. أظهرت نتائج الدراسة أن الآباء والأمهات متقاربون في وجهات النظر في المظاهر السلوكية لأطفالهم التوحديين، والذي قد يعود إلى خبرتهم وتعاملهم ومعاناتهم في العيش داخل الحياة اليومية، حيث

أظهروا وجود إختلالات سلوكية شديدة في المجال الاجتماعي، والعاطفي والانفعالي، وكان من توصيات الأهل التركيز على الجانب التواصلي اللغوي وتنميته لأنه يؤمن لهؤلاء الأطفال القدرة على الاتصال والتفاعل الاجتماعي.

التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراض الدراسات السابقة، يلاحظ ما يلي:

- أشارة نتائج بعض الدراسات للأهمية الكبيرة التي يوليها الآباء والمختصين فيما يتعلق بالحاجات في المجال الاجتماعي لأطفال اضطراب طيف التوحد، ومن هذه الدراسات دراسة كل من الكيكي (٢٠١١)، ودراسة بروين (Broen, 2010)، وكذلك دراسة لاريس وماقلي (Larris and Magley, 2008)، ودراسة لينتبرو وفجاس (Ledenbro & Fjus, 2007)، وأيضاً دراسة الأحمد(٢٠٠٦).
- وكذلك أظهرت بعض الدراسات الأهمية الكبيرة للحاجات في المجال السلوكي ومن هذه الدراسات دراسة كلاً من لاريس وماقلي (Larris and Magley, 2008)، ودراسة الزريقات والإمام (٢٠٠٨)، وكذلك دراسة الأحمد (٢٠٠٦)، ودراسة توتجر (Toettcher, 2006)، والسعد(١٩٩٧).
- يلاحظ كذلك أن معظم التقديرات سواءً من قبل الوالدين أو من قبل المختصين جاءت مرتفعة على معظم مجالات حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد، وهذا وإن دل على شيء فإنما يدل على أهمية هذه الحاجات وضرورة إيلائها القدر الكافي من الرعاية والاهتمام، وبناء البرامج المختلفة لتأهيل هذه الفئة من الأطفال في مختلف مجالات حياتهم.

وقد جاءت الدراسة الحالية لتأكد أهمية دور الوالدين في التخطيط والمشاركة الفاعلة في البرامج التربوية والتعليمية المختلفة لأطفالهم، وكذلك تقدم الدراسة أساساً بحثياً لأهم الحاجات التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن، والتي يمكن الاستفادة منها لبناء البرامج المختلفة التي تتوافق مع

الحاجات الفعلية لهذه الفئة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الفصل وصفاً لعينة الدراسة وطريقة اختيارها، ومتغيرات الدراسة، وأداتها وصدقها وثباتها، إضافة إلى عرض الإجراءات التي قام الباحث بإتباعها لتنفيذ الدراسة، والحصول على البيانات اللازمة، والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل هذه البيانات.

مجتمع الدراسة وعينتها

نظرا لغياب الإحصائيات الرسمية حول عدد أطفال اضطراب طيف التوحد في المنطقة العربية عامة وفي الأردن خاصة، ونظراً لتوفر المراكز المتخصصة في التوحد في المدن الكبرى بشكل رئيسي، لجأ الباحث إلى توزيع مقياس الدراسة على أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد والمسجلين في مراكز تقديم الخدمة لهذه الفئة من الأطفال في مدينتي عمان وإربد وبالتنسيق مع المجلس الأعلى للمعاقين في الأردن، حيث تم توزيع المقياس على الأمهات عن طريق المراكز وبلغ عددهن (١٥٠) أم، تم إرجاع (١١٠) استجابة، وتم استبعاد عشرة منها؛ بسبب عدم اكتمال المعلومات فيها، وبالتالي تكونت عينة الدراسة بشكلها النهائي من (١٠٠) أم من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن. ويوضح الجدول (٢) خصائص أفراد عينة الدراسة حسب توزيعها من حيث نوع الاضطراب، وعمر الطفل، وجنسه، ونسبة تمثيل كل منها في العينة.

جدول (٢)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيراتها

المتغير	الفئة	العدد	النسبة	المجموع
جنس الطفل	ذكور	٦٩	%٦٩	١٠٠
	إناث	٣١	%٣١	
عمر الطفل	أقل من خمسة سنوات	٥٨	%٥٨	١٠٠
	خمسة سنوات فأكثر	٤٢	%٤٢	
نوع الاضطراب	اضطراب التوحد(التقليدي)	٦٠	%٦٠	١٠٠
	طيف التوحد	٤٠	%٤٠	

أداة الدراسة

بهدف التعرف إلى أهم الحاجات التواصلية والاجتماعية والأكاديمية والتكيفية والسلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأمهات في الأردن، وتأثر هذا التقدير بنوع الاضطراب، وجنس الطفل، وعمره، تم إعداد أداة الدراسة وذلك من خلال:

- طرح سؤال مفتوح على عينة استطلاعية من أمهات الأطفال التوحديين بالتنسيق مع بعض مراكز التربية الخاصة في مدينتي إربد وعمان عن أهم حاجات أبنائهن بشكل عام، ومن ثم تم تبويب هذه الحاجات ضمن أبعاد الدراسة الرئيسة: التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية، وتم استثناء الحاجات التي لا تندرج تحت هذه الأبعاد.
- مسح الأدب السابق المرتبط بموضوع الدراسة الحالية، من أجل اشتقاق الأبعاد الرئيسة لأهم حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد والفقرات المرتبطة بهذه الأبعاد، ومن هذه الدراسات دراسة كل من: السعد (١٩٩٧)؛ الشيخ ذيب (٢٠٠٤)؛ بن صديق (٢٠٠٥)؛ وكذلك دراسة الكيكي (٢٠١١).
- بناء على الأدب السابق المرتبط بموضوع الدراسة الحالية تم التوصل إلى (٧٩) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة شكلت المقياس بصورته الأولية.
- تم عرض المقياس بصورته الأولية على (١٠) محكمين من ذوي الاختصاص في ميدان التربية الخاصة والإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية، كما يشير ملحق رقم (١)، حيث أوصى المحكمون بإجراء التعديلات الآتية: إضافة أمثلة توضيحية لخمس من فقرات المقياس، وحذف أربع من فقرات المقياس لعدم انتمائها لأبعادها، وتعديل صياغة بعض الفقرات من الناحية اللغوية.
- تم إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون، وأصبح المقياس بصورته النهائية مكوناً من

(٧٥) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة، يقابلها سلم تقديري مكون من أربع درجات، هي: لا يحتاجها، ويحتاجها بشكل بسيط، ويحتاجها بشكل متوسط، ويحتاجها بشكل كبير. وقد تضمنت الأداة الأبعاد الرئيسة الآتية:

١. حاجات سلوكية تتعلق باختيار السلوك المناسب في المواقف المختلفة، وتمثلت في (١٥) فقرة على الأداة.

٢. حاجات اجتماعية تتعلق بالمهارات الاجتماعية والقدرة على تطويرها، وتمثلت في (١٥) فقرة على الأداة.

٣. حاجات تواصلية تتعلق بمشكلات اللغة والتواصل، وتمثلت في (١٥) فقرة على الأداة.

٤. حاجات تكيفية تتعلق بمهارات الحياة اليومية والعناية بالذات، وتمثلت في (١٥) فقرة على الأداة.

٥. حاجات أكاديمية تتعلق بتحسين المهارات التعليمية والمعرفية، وتمثلت في (١٥) فقرة على الأداة.

إجراءات الصدق والثبات

للتحقق من دلالات الصدق والثبات لمقياس الدراسة تم عرضه على لجنة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في ميدان التربية الخاصة والإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية، وبلغ عدد المحكمين (١٠) محكمين، وطلب منهم إبداء الرأي حول مدى مناسبة الفقرات للمقياس وانتمائها للبعد، بالإضافة إلى أبداء الرأي بالسلامة اللغوية، ووضوح المعنى، واعتمد الباحث اتفاق ما نسبته ٨٠% من آراء المحكمين لحذف أو تعديل أو إضافة الفقرات، وبناءً على التعديلات التي أوصى بها المحكمون، تكون المقياس بصورته النهائية من (٧٥) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة.

وللتحقق من دلالات ثبات المقياس، جرى تقدير الاتساق الداخلي حسب طريقة معامل كرونباخ ألفا، إذ بلغت قيمة ألفا للمقياس ككل (٠،٨٦). كذلك تم التحقق من دلالات الثبات بأسلوب التجزئة النصفية باستخدام معامل سبيرمان براون، إذ بلغت للمقياس ككل (٠،٨٤)، والجدول (٣) يوضح دلالات الثبات.

الجدول (٣)

دلالات الثبات لمقياس حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأمهات

المجال	عدد الفقرات	قيم معادلة كرونباخ ألفا	قيم معامل ارتباط سبيرمان براون
المجال الأول (الحاجات في الجانب السلوكي)	١٥	٠،٨٦	٠،٧٦
المجال الثاني (الحاجات في الجانب التواصلي)	١٥	٠،٨٩	٠،٩٢
المجال الثالث (الحاجات في الجانب الاجتماعي)	١٥	٠،٩٠	٠،٩١
المجال الرابع (الحاجات في الجانب التكيفي)	١٥	٠،٨١	٠،٨٨
المجال الخامس (الحاجات في الجانب الأكاديمي)	١٥	٠،٨٦	٠،٧٣
المقياس ككل	٧٥	٠،٨٦	٠،٨٤

يتضح من الجدول (٣) أن قيم معاملات الارتباط تعد قيماً مقبولة، وعليه فإن مقياس حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد يتمتع بدرجة مقبولة إذ كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً (عند مستوى α = ٠،٠١). كما تشير قيم ألفا إلى أن هناك درجة عالية من الاتساق الداخلي، ويعتبر هذا مؤشراً مناسباً على أن مقياس حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد يتمتع بدلالات ثبات مرتفعة يمكن الاعتماد عليها من أجل استخدامها في هذه الدراسة.

وبعد التعرف إلى ثبات أداة الدراسة، قام الباحث بالتعرف لمدى صدق الحاجات التي تم تناولها في هذه الدراسة، وقد استخدم معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمجال والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول (٤) نتائج هذا الصدق.

جدول (٤)

معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل مجال من مجالات الحاجات والدرجة الكلية للمقياس

المجال	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المجال الأول (الحاجات في الجانب السلوكي)	٠,٩٦	٠,٠٠٠
المجال الثاني (الحاجات في الجانب التواصلي)	٠,٩٤	٠,٠٠٠
المجال الثالث (الحاجات في الجانب الاجتماعي)	٠,٩٦	٠,٠٠٠
المجال الرابع (الحاجات في الجانب التكيفي)	٠,٨٤	٠,٠٠٠
المجال الخامس (الحاجات في الجانب الأكاديمي)	٠,٨٩	٠,٠٠٠

يبين الجدول (٤) أن مجالات مقياس حاجات أطفال اضطراب التوحد من وجهة نظر الأمهات يتمتع بقيم صدق بدرجة عالية، حيث تراوحت قيم الارتباط ما بين (٠,٨٤) لمجال الحاجات في الجانب التكيفي، و(٠,٩٦) لمجال الحاجات في الجانب الاجتماعي. وتعد جميع القيم مناسبة وكافية لأغراض الدراسة الحالية، كما تشير إلى أهمية كل مجال من مجالات الحاجات في هذه الدراسة.

وبناءً على ما تجمع لدى الباحث من دلالات الثبات، وما تحقق للمقياس من صدق المحتوى المتمثل بإجراءات بناء المقياس، وتمثيله لمنطقة السلوك المقياس (حاجات أطفال اضطراب التوحد من وجهة نظر الأمهات)، فإن أداة الدراسة بصورتها النهائية تعتبر مقبولة لأغراض هذه الدراسة، وأصبحت جاهزة للتطبيق على أفراد عينة الدراسة.

تصحيح المقياس

صممت فقرات الأداة بطريقة ليكرت، حيث تقع الإجابة على كل فقرة في الأداة ضمن سلم من أربعة خيارات هي: لا يحتاجها (٠)، يحتاجها بشكل بسيط (١)، يحتاجها بشكل متوسط (٢)، يحتاجها بشكل كبير (٣). تم تحويل درجات استجابات أفراد الدراسة على الأداة بجميع فقراتها، واستجاباتهم على كل مجال من مجالات الأداة إلى مقياس موحد مكون من ثلاث درجات. وقد اعتمدت الفئات الآتية لتقدير درجة حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأمهات: أقل من (١) درجة منخفضة، (١,١ – ٢) درجة متوسطة، أكثر من (٢,١) درجة مرتفعة.

إجراءات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة، قام الباحث بإتباع الإجراءات الآتية:

- إعداد وتصميم أداة الدراسة بناءً على الأدب النظري والدراسات السابقة لموضوع أضطراب طيف التوحد.
- الحصول على تقدير لحجم مجتمع الدراسة من خلال التنسيق مع مراكز التربية الخاصة في مدينتي عمان واربد – المحدد المكاني للدراسة – وبالتنسيق كذلك مع المجلس الأعلى للمعوقين في الأردن.
- طرح سؤال مفتوح على عينة استطلاعية من أمهات الأطفال التوحديين بالتنسيق مع بعض مراكز التربية الخاصة في مدينتي إربد وعمان عن أهم حاجات أبنائهن بشكل عام، ومن ثم تم تبويب هذه الحاجات ضمن أبعاد الدراسة الرئيسة: التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية، وتم استثناء الحاجات التي لا تندرج تحت هذه الأبعاد.
- التحقق من صدق أداة الدراسة من خلال عرضها على لجنة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في ميدان التربية الخاصة والإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية، وبلغ عدد المحكمين (١٠) محكمين، وطلب منهم إبداء الرأي حول مدى مناسبة الفقرات للمقياس، وانتمائها للبعد، بالإضافة إلى إبداء الرأي بالسلامة اللغوية، ووضوح المعنى.
- وللتأكد من ثبات أداة الدراسة قام الباحث بتوزيع المقياس على عينة استطلاعية من الأمهات بلغت ٢٥ أماً، وتم حساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة كرونباخ – ألفا، وبأسلوب التجزئة النصفية، وكذلك تم التأكد من صدق الحاجات التي تم تناولها في الدراسة من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مجال والدرجة الكلية للمقياس باستخدام معامل ارتباط بيرسون.

- قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة على أفراد عينة الدراسة وبشكل غير مباشر من خلال التنسيق مع مراكز التربية الخاصة في المدينتين بعد تضمينها شرحاً واضحاً لأهداف الدراسة، وأن إجاباتهم ستكون سرية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

تصميم الدراسة

اقتضت طبيعة الدراسة استخدام المنهج الوصفي بوصفه أسلوباً مناسباً لبحث مشكلة الدراسة الحالية، ولقدرته على الإسهام في تزويدنا بالمعلومات اللازمة للتعرف إلى حاجات أطفال اضطراب التوحد من وجهة نظر الأمهات، ومن ثم تحليل هذه المعلومات وتفسيرها للوصول إلى النتائج التي يمكن أن تسهم في تحقيق أهداف الدراسة المرجوة. إذ يعتمد المنهج الوصفي على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا. ويعبّر عنها كيفياً أو كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطيها وصفاً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها، أو درجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى (عودة وملكاوي، ١٩٩٢).

متغيرات الدراسة

- متغير جنس الطفل وله مستويان: (ذكر، وأنثى).
- متغير عمر الطفل وله مستويان: (خمس سنوات فأقل، وأكثر من خمس سنوات).
- نوع الاضطراب وله مستويان: التوحد التقليدي (الكلاسيكي)، والاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد (توحد غير نمطي).

وقد تم التعامل مع متغيرات جنس الطفل، وعمر الطفل، ونوع الاضطراب كمتغيرات مستقلة، في حين استخدمت تقديرات الأمهات للحاجات التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية لدى أطفال اضطراب التوحد كمتغير تابع.

المعالجة الإحصائية

لإجراءات التحليل الاحصائي بعد إجراء القياس في الدراسة الحالية، أدخلت البيانات في ذاكرة الحاسب الإلكتروني، ثم تم تحليلها باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) كما يلي:

- للإجابة عن السؤال الأول حسبت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية لتقديرات أفراد عينة الدراسة، على كل فقرة من فقرات أداة الدراسة.

- للإجابة عن السؤال الثاني حسبت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار تحليل التباين الثلاثي (Three – way ANOVA)، واختبار تحليل التباين المتعدد (MANOVA).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد أهم الحاجات التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات في ضوء بعض المتغيرات. وفيما يأتي عرض للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة في ضوء سؤاليها:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي ينص على: ما تقديرات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن لأهم الحاجات التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية لأطفالهن؟

للإجابة عن هذا السؤال حسبت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية للتمييز بين المجالات الرئيسة للدراسة من حيث الأهمية كما تراها الأمهات، والجدول (٥) يبين ذلك.

جدول (٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحاجات أطفال اضطراب التوحد من وجهة نظر الأمهات

رقم المجال	المجال	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	المستوى
٢	الحاجات في المجال السلوكي	١	٢,٦٠	٠,١٦	٨٦,٦٧	مرتفع
٣	الحاجات في المجال التواصلي	٢	٢,٤٠	٠,٣٥	٨٠,٠٠	مرتفع
٥	الحاجات في المجال الاجتماعي	٣	٢,٢٤	٠,٥١	٧٤,٦٧	مرتفع
٤	الحاجات في المجال التكيفي	٤	٢,٠٣	٠,٣٢	٦٧,٦٧	مرتفع
١	الحاجات في المجال الأكاديمي	٥	١,٩٣	٠,٤٠	٦٤,٣٣	متوسط
	المقياس ككل		٢,٢٤	٠,١٨	٧٤,٦٧	مرتفع

يلاحظ من الجدول (٥) أن الدرجة الكلية لحاجات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من وجهة نظر الأمهات كانت مرتفعة، إذ بلغ المتوسط الحسابي الكلي (٢,٢٤) بأهمية نسبية مقدارها (٧٤,٦٧). وكذلك يظهر الجدول (٥) أن مستوى المجالات الرئيسة للمقياس جاءت بين المرتفع والمتوسط، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٢,٦٠ – ١,٩٣)، وجاء في المرتبة الأولى الحاجات

في المجال السلوكي بمتوسط حسابي (٢,٦٠) وبأهمية نسبية (٨٦,٦٧)، وفي المرتبة الثانية جاءت الحاجات في المجال التواصلي بمتوسط حسابي (٢,٤٠)، وبأهمية نسبية (٨٠,٠٠)، أما في المرتبة الثالثة فقد جاءت الحاجات في المجال الاجتماعي بمتوسط حسابي (٢,٢٤)، وبأهمية نسبية (٧٤,٦٧)، وجاءت الحاجات في المجال التكيفي (مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات) في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي (٢,٠٣)، وبأهمية نسبية (٦٧,٦٧)، وفي المرتبة الأخيرة جاءت الحاجات في المجال الأكاديمي (المعرفي والتعليمي)، بمتوسط حسابي (١,٩٣)، وبأهمية نسبية (٦٤,٣٣).

وللتعرف على حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأمهات، ضمن كل مجال من مجالات مقياس الحاجات، حسبت المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومستوى الحاجات، لكل مجال على حده، وفيما يلي عرض لذلك:

أولاً: الحاجات في المجال الأكاديمي (المعرفي والتعليمي)

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مجال الحاجات الأكاديمية مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	المستوى
١٣	ينفذ الأوامر البسيطة المعطاة له (مثال: إغلاق الباب وفتحه).	١	٢,١٥	٠,٧٨	٧١,٦٧	مرتفع
١	يضع الأشياء في أماكنها الصحيحة.	٢	٢,٠٨	١,٠١	٦٩,٣٣	مرتفع
٧	يرتب أحداث مصورة زمنياً.	٣	٢,٠٤	١,٠٠	٦٨,٠٠	مرتفع
١٤	يعرف العملات النقدية ويميز قيمتها.	٤	٢,٠١	٠,٩٢	٦٧,٠٠	مرتفع
٣	يطابق الأشياء مع صورها.	٥	١,٩٨	١,٠٨	٦٦,٠٠	متوسط
٥	يرسم الأشياء الهندسية البسيطة (مثلث- مربع- دائرة).	٦	١,٩٧	١,٠٩	٦٥,٦٧	متوسط
١٢	يتدرب على الحساب بالنسبة لمستوى صفة.	٦	١,٩٧	٠,٩٦	٦٥,٦٧	متوسط
٨	يقدر على مراقبة أشخاص يتحدثون، والتنقل بالنظر من أحدهم إلى الأخر.	٨	١,٩٦	١,٠١	٦٥,٣٣	متوسط
٤	يختار الأشياء التي تسمى له بشكل صحيح.	٩	١,٩٣	١,١٢	٦٤,٣٣	متوسط
١١	يتدرب على الكتابة بالنسبة لمستوى صفه.	١٠	١,٩١	١,٠٣	٦٣,٦٧	متوسط
٦	يصنف الأشياء حسب لونها.	١١	١,٨٩	١,٠٦	٦٣,٠٠	متوسط
١٥	يميز الوقت (صباحا- ظهرا- مساءا).	١٢	١,٨٢	١,١٣	٦٠,٦٧	متوسط
١٠	يتدرب على القراءة بالنسبة لمستوى صفه.	١٣	١,٧٨	١,١٢	٥٩,٣٣	متوسط
٢	يرتب الأشياء طبقا لأحجامها.	١٤	١,٧٣	١,١٣	٥٧,٦٧	متوسط
٩	يردد أسماء أيام الأسبوع ويعرف ما هو اليوم وماذا كان أمس.	١٥	١,٧٢	١,١٦	٥٧,٣٣	متوسط
	المجال ككل		١,٩٣	٠,٤٠	٦٤,٣٣	متوسط

يلاحظ من الجدول (٦) أن مستوى الحاجات في المجال الأكاديمي (المعرفي والتعليمي) كان متوسطاً، وجاء في المرتبة الأخيرة بالنسبة للمجالات الأخرى، إذ بلغ المتوسط الحسابي (١,٩٣) بأهمية نسبية(٦٤,٣٣)، وجاء مستوى فقرات المجال بين مرتفع ومتوسط، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٢,١٥- ١,٧٢)، وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (١٣)، وهي "ينفذ الأوامر البسيطة المعطاة له (مثال: إغلاق الباب وفتحه)" بمتوسط حسابي (٢,١٥)، وبأهمية نسبية (٧١,٦٧)، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (٩) وهي "يردد أسماء أيام الأسبوع ويعرف ما هو اليوم وماذا كان أمس" بمتوسط حسابي (١,٧٢)، وبأهمية نسبية (٥٧,٣٣).

ثانياً: الحاجات في المجال السلوكي

جدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مجال الحاجات السلوكية مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	المستوى
٦	يقلل من الانشغال الروتيني بعمل معين لمدة طويلة.	١	٢,٧٧	٠,٥٣	٩٢,٣٣	مرتفع
١٢	يقلل من التجوال في المكان الذي يتواجد فيه.	٢	٢,٧٦	٠,٥٣	٩٢,٠٠	مرتفع
٥	يقلل من التحديق في الفراغ دون سبب.	٣	٢,٧٤	٠,٥٠	٩١,٣٣	مرتفع
١٤	يقلل من القفز والتلويح باليدين.	٤	٢,٧١	٠,٥٠	٩٠,٣٣	مرتفع
٨	يقص الأوراق بالشكل الصحيح.	٥	٢,٦	٠,٦٠	٨٦,٦٧	مرتفع
٧	يمسك القلم بالشكل الصحيح.	٦	٢,٥٩	٠,٧٣	٨٦,٣٣	مرتفع
١٣	يقلل من ضرب الرأس بالجدار.	٧	٢,٥٨	٠,٧٠	٨٦,٠٠	مرتفع
١٠	يقلل من عض الأصابع.	٧	٢,٥٨	٠,٥٤	٨٦,٠٠	مرتفع
٣	يسيطر على حركة اليدين.	٩	٢,٥٥	٠,٦٣	٨٥,٠٠	مرتفع
١١	يقلل من الدوران حول نفسه لفترات طويلة.	١٠	٢,٥٣	٠,٥٨	٨٤,٣٣	مرتفع
١٥	يجلس في المقعد لأطول فترة ممكنة.	١١	٢,٥٢	٠,٦١	٨٤,٠٠	مرتفع
٤	يحرك الرأس بالاتجاهات المختلفة.	١١	٢,٥٢	٠,٦٩	٨٤,٠٠	مرتفع
٢	يقفز باستخدام القدمين.	١٣	٢,٥١	٠,٦٦	٨٣,٦٧	مرتفع
١	يستخدم الأرجل بالشكل الصحيح خاصة في صعود الدرج.	١٤	٢,٥	٠,٦١	٨٣,٣٣	مرتفع
٩	يقدر على إشعال النور وإطفائه.	١٥	٢,٤٨	٠,٧٠	٨٢,٦٧	مرتفع
	المجال ككل		٢,٦	٠,١٦	٨٦,٦٧	مرتفع

يلاحظ من الجدول (٧) أن مستوى الحاجات في المجال السلوكي جاء مرتفعاً وجاء بالمرتبة الأولى، إذ بلغ المتوسط الحسابي (٢،٦٠)، بأهمية نسبية (٨٦,٦٧)، وجاء مستوى لفقرات المجال مرتفعاً، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٢,٧٧– ٢,٤٨)، وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (٦) وهي "يقلل من الانشغال الروتيني بعمل معين لمدة طويلة" بمتوسط حسابي (٢,٧٧)، وبأهمية نسبية (٩٢,٣٣)، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (٩) وهي "يقدر على إشعال النور وإطفائه" بمتوسط حسابي (٢,٤٨)، وبأهمية نسبية(٨٢,٦٧).

ثالثاً: الحاجات في المجال التواصلي

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مجال الحاجات التواصلية مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	المستوى
٤	يقدر على بدء الحديث والحوار مع الآخرين.	١	٢,٦١	٠,٧٥	٨٧,٠٠	مرتفع
١	يقلل من تكرار مقاطع لفظية معينة.	٢	٢,٥٩	٠,٦٢	٨٦,٣٣	مرتفع
٨	يستخدم كلمتي "نعم" و"لا" بالشكل الصحيح	٣	٢,٥١	٠,٨٠	٨٣,٦٧	مرتفع
٢	يطور مهارة الاستمرار في تبادل الحديث مع الاخرين.	٤	٢,٤٩	٠,٨٠	٨٣,٠٠	مرتفع
١١	يستخدم الضمائر بالشكل الصحيح (أنت-هو-هي).	٥	٢,٤٨	٠,٧٨	٨٢,٦٧	مرتفع
٩	يستخدم أحرف الجر(من-على- في) بشكل صحيح.	٦	٢,٤	٠,٧١	٨٠,٠٠	مرتفع
١٣	يسمي الأشكال البسيطة (مربع – مثلث – دائرة).	٧	٢,٣٩	٠,٨٥	٧٩,٦٧	مرتفع
١٤	يستجيب إلى الإيماءات بالشكل الصحيح.	٨	٢,٣٧	٠,٨٤	٧٩,٠٠	مرتفع
١٢	يشير إلى الأشياء الكبيرة والصغيرة.	٩	٢,٣٥	٠,٨٠	٧٨,٣٣	مرتفع
٦	يستجيب إلى الأوامر اللفظية البسيطة مثل "تعال إلى هنا".	١	٢,٣٥	٠,٧٧	٧٨,٣٣	مرتفع
٨	يسمي أنواع الخضراوات والفواكه بشكل صحيح.	١١	٢,٣٣	٠,٨٥	٧٧,٦٧	مرتفع
٥	يشير إلى الألوان عندما تسمى له.	١٢	٢,٣٢	٠,٨١	٧٧,٣٣	مرتفع
١٥	يستخدم التعبيرات الوجهية والإيماءات الجسدية بالشكل المناسب.	١٣	٢,٣	٠,٧٣	٧٦,٦٧	مرتفع
٣	يسمي الأحرف والأرقام بشكل صحيح.	١٤	٢,٢٩	٠,٨٢	٧٦,٣٣	مرتفع
١٠	يشير إلى الأشياء عندما تسمى له.	١٥	٢,٢٦	٠,٨١	٧٥,٣٣	مرتفع
	المجال ككل		٢,٤	٠,٣٥	٨٠,٠٠	مرتفع

يلاحظ من الجدول (٨) أن مستوى الحاجات في المجال التواصلي جاء مرتفعاً وجاء بالمرتبة الثانية، إذ بلغ المتوسط الحسابي (٢,٤٠)، وبأهمية نسبية (٨٠,٠)، وجاء مستوى فقرات المجال مرتفعاً، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٢,٦١– ٢,٢٦)، وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (٤) وهي "يقدر على بدء الحديث والحوار مع الآخرين" بمتوسط حسابي (٢,٦١)، وبأهمية نسبية (٨٧,٠)، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (١٠) وهي "يشير إلى الأشياء عندما تسمى له" بمتوسط حسابي (٢,٢٦)، وبأهمية نسبية (٧٥,٣٣).

رابعاً: الحاجات في المجال التكيفي (مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات)

جدول (٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مجال الحاجات التكيفية (مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات) مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	المستوى
١٣	يستخدم الحمام بشكل مناسب.	١	٢,٢٦	٠,٧٦	٧٥,٣٣	مرتفع
٣	يستجيب للأصوات المختلفة بطريقة مناسبة.	٢	٢,١٩	٠,٩٢	٧٣,٠٠	مرتفع
١٤	يطور مهارة الاعتماد على النفس.	٣	٢,١٥	٠,٧٨	٧١,٦٧	مرتفع
٤	يتدرب على مهارات رعاية الذات.	٤	٢,١٤	٠,٩٤	٧١,٣٣	مرتفع
٥	يستجيب للروائح المختلفة بطريقة مناسبة.	٥	٢,١١	٠,٩٩	٧٠,٣٣	مرتفع
٧	يحافظ على سلامته الشخصية.	٦	٢,١١	٠,٩٤	٧٠,٣٣	مرتفع
١	يقلل من إيذاء نفسه.	٧	٢,١	٠,٩٨	٧٠,٠٠	مرتفع
١١	يغسل وجهه وحده.	٨	٢,٠٩	٠,٩٢	٦٩,٦٧	مرتفع
١	ينوع في اهتماماته وروتينه اليومي.	٩	٢,٠٨	٠,٩٥	٦٩,٣٣	مرتفع
٩	يرتدي ملابسه وحده ويخلعها.	١٠	٢,٠٢	٠,٩٩	٦٧,٣٣	مرتفع
١٠	يرتدي حذائه وحده ويخلعها.	١١	١,٩٨	٠,٨٤	٦٦,٠٠	متوسط
١٢	يتناول الطعام بشكل مناسب.	١٢	١,٩	١,٠٦	٦٣,٣٣	متوسط
٢	يمارس الأنشطة المتنوعة التي تتناسب مع عمره.	١٣	١,٨١	١,١٢	٦٠,٣٣	متوسط
٨	يتناول السوائل بالطريقة المناسبة(مثل شرب الماء).	١٤	١,٨١	١,١١	٦٠,٣٣	متوسط
٦	ينوع في اختيار الألعاب المناسبة لعمرة.	١٥	١,٦٤	١,٠٩	٥٤,٦٧	متوسط
	المجال ككل		٢,٠٣	٠,٣٢	٦٧,٦٧	مرتفع

يلاحظ من الجدول (٩) أن مستوى الحاجات في المجال التكيفي (مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات) كان مرتفعاً وجاء بالمرتبة الرابعة، إذ بلغ المتوسط الحسابي (٢,٠٣)، وبأهمية نسبية (٦٧,٦٧)، وجاء مستوى فقرات المجال بين مرتفع ومتوسط، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٢,٢٦– ١,٦٤)، وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (١٣) وهي "يستخدم الحمام بشكل مناسب" بمتوسط حسابي (٢,٢٦)، وبأهمية نسبية (٧٥,٣٣)، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (٦) وهي "ينوع في

اختيار الألعاب المناسبة لعمره" بمتوسط حسابي (١,٦٤)، وبأهمية نسبية (٥٤,٦٧).

خامساً: الحاجات في المجال الاجتماعي

جدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات مجال الحاجات الاجتماعية مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	الفقرة	الرتبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	المستوى
٢	يتعلق عاطفيا بالمقربين منه :الأم والأب والأخوة.	١	٢,٤٨	٠,٧٧	٨٢,٦٧	مرتفع
١١	يستمتع بعلاقته مع الآخرين.	٢	٢,٤٣	٠,٨٣	٨١,٠٠	مرتفع
٨	يقدر على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين والمحافظة عليها.	٣	٢,٤	٠,٧٨	٨٠,٠٠	مرتفع
١	يعبر عن انفعالاته بطريقة مناسبة(حزن- فرح- غضب).	٤	٢,٣٩	٠,٨٢	٧٩,٦٧	مرتفع
١٥	يضحك ويبتسم مع الآخرين بالشكل المناسب.	٥	٢,٣٧	٠,٨٨	٧٩,٠٠	مرتفع
٩	يشعر بأنه محبوب ومتقبل من الآخرين.	٦	٢,٢٩	٠,٩٠	٧٦,٣٣	مرتفع
١٣	يطور القدرة على استخدام اللعب الرمزي(تقمص ادوار مختلفة مناسبة أثناء اللعب، مثل دور الأب أو الأم).	٧	٢,٢٨	٠,٩٦	٧٦,٠٠	مرتفع
٩	يقدر على اختيار العابه لوحده.	٨	٢,٢٧	١,٠٠	٧٥,٦٧	مرتفع
٥	يتواصل مع الآخرين أثناء الاحتكاك بهم.	٩	٢,٢٦	٠,٩٨	٧٥,٣٣	مرتفع
١٤	يأخذ الدور الصحيح أثناء اللعب مع الأطفال.	١٠	٢,١٦	١,٠٩	٧٢,٠٠	مرتفع
٦	يشارك الآخرين بالاهتمامات والانجازات.	١١	٢,١٥	١,٢٢	٧١,٦٧	مرتفع
١٢	يتفهم مشاعر وعواطف الآخرين.	١٢	٢,١٢	١,٠٩	٧٠,٦٧	مرتفع
٤	يتعاون مع الاخرين عندما يطلب منه.	١٣	٢,٠٥	١,٠٨	٦٨,٣٣	مرتفع
٧	يطلب المساعدة عندما يحتاجها.	١٤	٢,٠٣	١,١٠	٦٧,٦٧	مرتفع
٣	يطور استجابته للتفاعلات الاجتماعية المختلفة.	١٥	١,٩٤	١,١٢	٦٤,٦٧	متوسط
	المجال ككل		٢,٢٤	٠,٥١	٧٤,٦٧	مرتفع

يلاحظ من الجدول (٩) أن مستوى الحاجات في المجال الاجتماعي كان مرتفعاً، وجاء بالمرتبة الثالثة، إذ بلغ المتوسط الحسابي (٢,٢٤)، بأهمية نسبية (٧٤,٦٧)، وجاء مستوى فقرات المجال بين مرتفع ومتوسط، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (٢,٤٨- ١,٩٤)، وجاءت في الرتبة الأولى الفقرة (٢) وهي "يتعلق عاطفيا بالمقربين منه: الأم والأب والأخوة." بمتوسط حسابي (٢,٤٨)، وبأهمية نسبية (٨٢,٦٧)، وجاءت في الرتبة الأخيرة الفقرة (٣) وهي "يطور استجابته للتفاعلات

الاجتماعية المختلفة" بمتوسط حسابي(١,٩٤)، وبأهمية نسبية (٦٤,٦٧).

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≥ ٠,٠٥) بين متوسطات تقديرات الأمهات لحاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن، تبعاً للمتغيرات الآتية: نوع الاضطراب، جنس الطفل، وعمر الطفل؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتوسطات حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات، تبعاً لمتغير نوع الاضطراب، وجنس الطفل وعمره، والجدول (١١) يبين ذلك.

الجدول (١١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتوسطات حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات تبعاً لمتغير نوع الاضطراب والجنس والعمر

المجالات	نوع الاضطراب				الجنس				العمر			
	اضطراب التوحد		طيف التوحد		الإناث		الذكور		أقل من ٥ سنوات		أكثر من ٥ سنوات	
	متوسط	انحراف	متوسط	انحراف	متوسط	انحراف	متوسط	انحراف	متوسط	انحراف	متوسط	انحراف
الأكاديمي	٢,١١	٠,٣٠	١,٦٦	٠,٣٩	٢,٠٨	٠,٣١	١,٦٠	٠,٣٩	٢,١٢	٠,٣٠	١,٦٧	٠,٣٩
السلوكي	٢,٦٢	٠,١٥	٢,٥٦	٠,١٦	٢,٦١	٠,١٥	٢,٥٥	٠,١٧	٢,٦١	٠,١٥	٢,٥٧	٠,١٧
التواصلي	٢,٤٤	٠,٣٤	٢,٣٤	٠,٣٥	٢,٤١	٠,٣٧	٢,٣٩	٠,٣٠	٢,٤٤	٠,٣٥	٢,٣٥	٠,٣٤
التكيفي	٢,١٦	٠,٢٤	١,٨٢	٠,٣٠	٢,١٣	٠,٢٥	١,٧٩	٠,٣٢	٢,١٧	٠,٢٣	١,٨٣	٠,٣١
الاجتماعي	٢,٤٢	٠,٤٠	١,٩٧	٠,٥٥	٢,٤٢	٠,٣٩	١,٨٥	٠,٥٥	٢,٤٤	٠,٣٨	١,٩٦	٠,٥٥
الدرجة الكلية	٢,٣٥	٠,١٢	٢,٠٧	٠,١٠	٢,٣٣	٠,١٢	٢,٠٤	٠,٠٩	٢,٣٦	٠,١٢	٢,٠٨	٠,١٠

يتضح من الجدول (١١) أن هناك فرقاً ظاهرياً بين متوسطات استجابات أمهات اضطراب طيف التوحد، وبهدف الكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات استجابات أمهات اضطراب طيف التوحد على مقياس الحاجات ككل، تم استخدام اختبار تحليل التباين الثلاثي (Tree- way ANOVA)، والجدول (١٢) يبين نتائج ذلك التحليل.

جدول (١٢)

نتائج تحليل التباين الثلاثي لتقدير الأمهات لحاجات أطفال اضطراب طيف التوحد تبعاً لمتغيرات نوع الاضطراب وجنس الطفل وعمر الطفل

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
جنس الطفل	١,٤٤	١	١,٤٤	٤,٩٦	*٠,٠٢٨
عمر الطفل	١,٢٥	١	١,٢٥	٤,٣١	*٠,٠٤١
نوع الاضطراب	١,٢٨	١	١,٢٨	٤,٤١	*٠,٠٣٨
الخطأ	٢٧,٨٦	٩٦	٠,٢٩		
الكلي	٥٠٤,٤٦	١٠٠			

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α ≥ ٠,٠٥).

تشير النتائج في الجدول (١١) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≥ ٠,٠٥) بين متوسطات استجابات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على مقياس الحاجات، تبعاً لمتغير نوع الاضطراب، وذلك استناداً إلى قيمة ف المحسوبة إذ بلغت (٤,٤١)، وبمستوى دلالة (٠,٠٣٨) للدرجة الكلية، حيث تعد هذه القيمة دالة إحصائياً، حيث كانت الدلالة لصالح اضطراب التوحد التقليدي، حسبما تشير إليه قيم المتوسطات الحسابية.

كما تشير النتائج كذلك إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≥ ٠,٠٥) بين متوسطات استجابات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على مقياس الحاجات، تبعاً لمتغير جنس الطفل، وذلك استناداً إلى قيمة ف المحسوبة إذ بلغت (٤,٩٦)، وبمستوى دلالة (٠,٠٢٨) للدرجة الكلية، حيث تعد هذه القيمة دالة إحصائيا، حيث كانت الدلالة لصالح الإناث حسبما تشير إليه قيم المتوسطات الحسابية.

كذلك تشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≥ ٠,٠٥) بين متوسطات استجابات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على مقياس الحاجات، تبعاً لمتغير عمر الطفل، وذلك استناداً إلى قيمة ف المحسوبة إذ بلغت (٤,٣١)، وبمستوى دلالة (٠,٠٤١) للدرجة الكلية، حيث تعد هذه القيمة دالة إحصائيا، بحيث كانت الدلالة لصالح عمر خمسة سنوات فأقل،

حسبما تشير إليه قيم المتوسطات الحسابية.

وللكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات استجابات أمهات اضطراب طيف التوحد على مجالات مقياس الحاجات، تم استخدام اختبار تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، والجدول (١٣) يبين نتائج هذا التحليل.

الجدول (١٣)

نتائج تحليل التباين المتعدد لأثر المتغيرات المستقلة على مجالات مقياس حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد

مصدر التباين	المجالات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
نوع الاضطراب W: 0.00*	الحاجات في الجانب الأكاديمي	٠,٤٥	١	٠,٤٥	٤,٠٤	*٠,٠٤٧
	الحاجات في الجانب السلوكي	٠,٠٦	١	٠,٠٦	٢,٤٠	٠,١٢٥
	الحاجات في الجانب التواصلي	٠,١٤	١	٠,١٤	١,٢٢	٠,٢٧٢
	الحاجات في الجانب التكيفي	٠,٣١	١	٠,٣١	٤,٣٧	*٠,٠٣٩
	الحاجات في الجانب الاجتماعي	٠,٨١	١	٠,٨١	٤,١٩	*٠,٠٤٣
جنس الطفل W: 0.00*	الحاجات في الجانب الأكاديمي	٠,٤٨	١	٠,٤٨	٤,٣١	*٠,٠٤١
	الحاجات في الجانب السلوكي	٠,٠٠	١	٠,٠٠	٠,١٥	٠,٦٩٩
	الحاجات في الجانب التواصلي	٠,٣٤	١	٠,٣٤	٢,٨٩	٠,٠٩٢
	الحاجات في الجانب التكيفي	٠,٢٩	١	٠,٢٩	٤,٠٩	*٠,٠٤٦
	الحاجات في الجانب الاجتماعي	١,٩٦	١	١,٩٦	١٠,١٦	*٠,٠٠٢
عمر الطفل W: 0.00*	الحاجات في الجانب الأكاديمي	٠,٥٠	١	٠,٥٠	٤,٤٩	*٠,٠٣٧
	الحاجات في الجانب السلوكي	٠,٠٤	١	٠,٠٤	١,٨٣	٠,١٧٩
	الحاجات في الجانب التواصلي	٠,٠٠	١	٠,٠٠	٠,٠١	٠,٩٢٢
	الحاجات في الجانب التكيفي	٠,٣٤	١	٠,٣٤	٤,٧٩	*٠,٠٣١
	الحاجات في الجانب الاجتماعي	٠,٧٩	١	٠,٧٩	٤,٠٩	*٠,٠٤٦

* دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α ≥ ٠,٠٥).

W: دلالة اختبار ويلكس لامبدا (Wilks' Lambda).

يتضح من الجدول (١٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≥ ٠,٠٥) يعزى لمتغير نوع الاضطراب للحاجات في المجال الأكاديمي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,٠٤) وبمستوى دلالة (٠,٠٤٧)، وللحاجات في المجال التكيفي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,٣٧) وبمستوى دلالة (٠,٠٣٩)، وكذلك للحاجات في المجال الاجتماعي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,١٩) وبمستوى دلالة (٠,٠٤٣)، وتعد هذه القيم دالة إحصائياً؛ لأن مستوى الدلالة المحسوبة أقل

من (٠,٠٥)، وتشير قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية إلى أن الدلالة كانت لصالح اضطراب التوحد التقليدي، أما الحاجات في المجال السلوكي، فبلغت قيمة ف المحسوبة (٢,٤٠) بمستوى دلالة (٠,١٢٥)، وكذلك بلغت (١,٢٢) بمستوى دلالة (٠,٢٧٢) للحاجات في المجال التواصلي، وتعد هذه القيم غير دالة إحصائيا لأن مستوى الدلالة المحسوبة اكبر من (٠,٠٥).

وفيما يتعلق بمتغير جنس الطفل فتشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥) يعزى لمتغير جنس الطفل للحاجات في المجال الأكاديمي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,٣١) وبمستوى دلالة (٠,٠٤١)، وللحاجات في المجال التكيفي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,٠٩) وبمستوى دلالة (٠,٠٤٦)، وكذلك للحاجات في المجال الاجتماعي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (١٠,١٦) وبمستوى دلالة (٠,٠٠٢)، وتعد هذه القيم دالة إحصائياً؛ لأن مستوى الدلالة المحسوبة أقل من (٠,٠٥)، وتشير قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية إلى أن الدلالة كانت لصالح الإناث، أما الحاجات في المجال السلوكي، فبلغت قيمة ف المحسوبة (٠,١٥) بمستوى دلالة (٠,٦٩٩)، وكذلك بلغت (٢,٨٩) بمستوى دلالة (٠,٠٩٢) للحاجات في المجال التواصلي، وتعد هذه القيم غير دالة إحصائيا لأن مستوى الدلالة المحسوبة اكبر من (٠,٠٥).

أما بالنسبة لمتغير عمر الطفل فتشير النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥) يعزى لمتغير جنس الطفل للحاجات في المجال الأكاديمي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,٤٩) وبمستوى دلالة (٠,٠٣٧)، وللحاجات في المجال التكيفي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,٧٩) وبمستوى دلالة (٠,٠٣١)، وكذلك للحاجات في المجال الاجتماعي حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٤,٠٩) وبمستوى دلالة (٠,٠٤٦)، وتعد هذه القيم دالة إحصائياً؛ لأن مستوى الدلالة المحسوبة أقل من (٠,٠٥)، وتشير قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية إلى أن الدلالة كانت لصالح عمر خمسة سنوات فأقل، أما الحاجات في المجال السلوكي، فبلغت قيمة ف

المحسوبة (١,٨٣) بمستوى دلالة (٠,١٧٩)، وكذلك بلغت (٠,٠١) بمستوى دلالة (٠,٩٢٢) للحاجات في المجال التواصلي، وتعد هذه القيم غير دالة إحصائيا لأن مستوى الدلالة المحسوبة اكبر من (٠,٠٥).

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد أهم الحاجات التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات في ضوء بعض المتغيرات. وتم في هذا الفصل مناقشة النتائج المتحصلة وفقاً لسؤالي الدراسة، وتقديم تفسيرات محتملة لهذه النتائج، ونظرا لندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع بشكل مباشر سيتم تدعيم هذه التفسيرات والمناقشات بالأدبيات الخاصة بموضوع اضطراب طيف التوحد وكذلك بنتائج الدراسات السابقة ذات الصلة، بالإضافة إلى تقديم بعض التوصيات في ضوء نتائج الدراسة.

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

أظهرت نتائج هذا السؤال أن الدرجة الكلية لمستوى حاجات أطفال اضطراب طيف التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات كانت مرتفعة، وهذا يتوافق وبشكل كبير مع الأدبيات التي تناولت اضطراب طيف التوحد، والتي أشارت إلى أن اضطراب التوحد اضطراب نمائي شامل يؤثر بشكل واضح في شتى مناحي حياة الطفل: التواصلية، والسلوكية، والاجتماعية (الفوزان،٢٠٠٣؛ هالاهان وكوفمان،٢٠٠٨؛ Kinuc & Legislative, 2008 ؛ Smith, 2007).

وأظهرت نتائج هذا السؤال أيضاً أن مستوى المجالات الرئيسة للمقياس جاء بين المرتفع والمتوسط، حيث جاءت في المرتبة الأولى من حيث الأهمية الحاجات في المجال السلوكي، وفي المرتبة الثانية الحاجات في المجال التواصلي، أما المرتبة الثالثة فقد جاءت فيها حاجات المجال الاجتماعي، وجاءت الحاجات في المجال التكيفي (مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات) في المرتبة الرابعة، وفي المرتبة الأخيرة جاءت الحاجات في المجال الأكاديمي (المعرفي والتعليمي).

وتظهر هذه النتائج الأهمية الكبيرة التي توليها الأمهات لجميع الحاجات التي تتعلق بأطفالهن،

وأن جميع هذه الحاجات هي حاجات يجب التوقف عندها وإعداد البرامج التدريبية والتأهيلية التي من شأنها أن تحسن أداء الطفل فيها. ومن خلال النتائج السابقة تظهر أهمية المجال السلوكي، حيث جاءت الحاجات السلوكية المرتبة الأولى من الأهمية في نظر الأمهات وهذا يتوافق مع نتائج دراسة الأحمد (٢٠٠٦) ودراسة لاريس وماقلي (Larris & Magley, 2008) ودراسة توتجر (Toettcher, 2006) ونتائج دراسة السعد (١٩٩٧)، ويمكن كذلك ربط هذه النتيجة بما أشار إليه كل من هيفلن وأليمو (Heflin & Alaimo, 2007) في أن أطفال اضطراب طيف التوحد يظهرون سلوكات غريبة مثل: الصراخ والضرب عند محاولة تغيير أي روتين في حياتهم، وهذا ما أشارت إليه نتيجة هيورد وتساتسانس (Heward, 2006 ; Tsatsanis, 2005) في أن أطفال اضطراب التوحد يعانون وبشكل كبير من ظاهرة الانتقائية الزائدة، والانشغال بجزئية معينة ولفترة طويلة دون هدف معين، وهذا كله يوقع الأم بشكل خاص والأسرة كاملة بشكل عام في مواقف محرجة عند قيام الطفل بمثل هذه السلوكات خاصة في الأماكن العامة. وفي هذا السياق تشير السعد (١٩٩٧) إلى أن كثيراً من الأهل يلجؤون إلى عزل أنفسهم عن المجتمع الذي يعيشون فيه؛ نتيجة ممارسة أطفالهم التوحديين لأنماط سلوكية غريبة، وهذا من الأسباب الرئيسة التي تسوغ أعطاء الأمهات أعلى نسبة من الأهمية لهذا النوع من الحاجات.

أما وقوع حاجات المجال الأكاديمي (المعرفي والتعليمي) في المرتبة الأخيرة، فهذا لا يدل وفي أي حال من الأحوال على عدم أهمية هذا المجال، ودليل ذلك أنه جاء في المستوى المتوسط من الأهمية من وجهة نظر الأمهات، ولكن من الممكن ربط هذه النتيجة بعوامل عدة منها: أن معظم أعمار أفراد عينة الدراسة هم دون سن الخامسة، وفي هذه المرحلة من العمر يكون تركيز الأهل منصباً وبشكل أكبر على الحاجات الأخرى (السلوكية، التواصلية، الاجتماعية، التكيفية)، أكثر من تركيزهم على النواحي الأكاديمية. ومن العوامل الأخرى التي من الممكن أن ترتبط بهذه النتيجة أن ضعف مستوى الحاجات الأكاديمية عند أطفال اضطراب التوحد لا يشكل خطراً كبيرا على حياة

الطفل، وبالتالي يكون مستوى القلق لدى الأهل من هذه الجهة أقل.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

أشارت نتائج هذا السؤال إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha\geq$٠,٠٥) بين متوسطات استجابات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على مقياس الحاجات، تبعاً لمتغير نوع الاضطراب، وذلك استناداً إلى قيمة (ف) المحسوبة، حيث إن الدلالة كانت لصالح اضطراب التوحد التقليدي حسبما تشير إليه قيم المتوسطات الحسابية ونتائج تحليل التباين الثلاثي وكذلك نتائج تحليل التباين المتعدد، باستثناء الحاجات في المجال السلوكي والمجال التواصلي.

ويمكن تفسير ذلك بأن اضطراب التوحد التقليدي (الكلاسيكي) اضطراب شامل يظهر فيه الأطفال تبايناً واسعاً في معظم مجالات الحياة الاجتماعية، والتكيفية، والتواصلية، والأكاديمية والسلوكية (الإمام والخوالدة، ٢٠١٠)، بينما يظهر أطفال طيف التوحد (التوحد غير النمطي)، أو ما يعرف عند أهل الاختصاص بالاضطراب النمائي الشامل – غير المحدد (PDD-NOS) بعض ملامح التوحد وليس جميعها (أبو الفتوح،٢٠١١). وهذا في الغالب ما يعزى إليه التباين في استجابات الأمهات لصالح اضطراب التوحد التقليدي، حيث جاءت معظم المتوسطات الحسابية لاستجابات الأمهات مرتفعة على المجالات الخمسة الرئيسية للدراسة، بينما جاءت المتوسطات الحسابية لاستجابات الأمهات في غالبها بالمستوى المتوسط فيما يختص بطيف التوحد (التوحد غير النمطي).

وأشارت نتائج هذا السؤال أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥) بين متوسطات استجابات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على مقياس الحاجات، تبعاً لمتغير جنس الطفل، وذلك استناداً إلى قيمة (ف) المحسوبة، حيث إن الدلالة كانت لصالح الإناث حسبما تشير إليه قيم المتوسطات الحسابية ونتائج تحليل التباين الثلاثي وتحليل التباين

المتعدد، باستثناء الحاجات في المجال السلوكي والمجال التواصلي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أسر أطفال اضطراب طيف التوحد تعاني من ضغوطات نفسية كبيرة ناتجة عن المظاهر الغريبة التي يقوم بها أطفالهم التوحديون، من سلوكات غريبة ومشكلات في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في القدرة على العناية بالذات، وممارسة مهارات الحياة اليومية بالشكل المناسب، وكذلك الصعوبات الاجتماعية في المواقف المختلفة، وهذا كله يؤدي إلى شعور الأهل بالحرج الكبير عند قيام الطفل بهذه التصرفات خاصة أمام الناس وفي المواقف والمناسبات العامة. ونظراً للطبيعة الثقافية للمجتمع العربي عامة وللمجتمع الأردني خاصة فإن مستوى الضغوطات لدى الأهل يزداد إذا كان جنس الطفل أنثى؛ لأن ذلك يزيد من الإحراجات التي يتعرضون لها في المواقف الاجتماعية المختلفة، سيما إذا ربطنا ذلك بالتفاوت الكبير بين المظهر العادي للطفل التوحدي والتصرفات التي تصدر عنه، وهذا ما يبرر المستوى المرتفع لتقدير الأمهات للحاجات المختلفة لأطفالهن ولصالح الإناث كما تظهره الدراسة. وهذا يتوافق مع ما ذهبت إليه دراسة كلا من السعد (١٩٩٧) ودراسة الكيكي (٢٠١١).

كما أشارت نتائج السؤال أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq$ ٠,٠٥) بين متوسطات استجابات أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، على مقياس الحاجات، تبعاً لمتغير عمر الطفل، وذلك استناداً إلى قيمة (ف) المحسوبة، حيث إن الدلالة كانت لصالح عمر خمس سنوات فأقل حسبما تشير إليه قيم المتوسطات الحسابية ونتائج تحليل التباين الثلاثي وكذلك نتائج تحليل التباين المتعدد، باستثناء الحاجات في المجال السلوكي والمجال التواصلي.

وتعكس هذه النتيجة التقدير الكبير الذي توليه الأمهات للفترات العمرية المبكرة من حياة الطفل، ولأهمية التركيز المبكر على الحاجات في مختلف مجالات حياة الطفل، حيث جاءت جميع المتوسطات الحسابية لاستجابات الأمهات مرتفعة على جميع المجالات فيما يختص بالفئة العمرية

"خمسة سنوات فأقل"، وهذا يتوافق وبشكل كبير مع أشار إليه الخطيب والحديدي (٢٠٠٤) وكذلك كل من آن وبستا وصموئيل وبريين (Ann, Besta, Samuil & Brain, 2010) حول الأهمية الكبيرة التي تلعبها برامج التدخل المبكر لمختلف فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ومن بينهم أطفال اضطراب التوحد التي تسهم في تنمية قدرات الطفل العقلية والحركية، وتحسن السلوك الاجتماعي والانفعالي له. وكذلك يشير السليطي (٢٠٠٤) والروسان (٢٠٠٠) إلى أن التدخل في المراحل المبكرة من عمر الطفل يسهم وبشكل كبير في التخفيف من الضغوط التي تواجهها أسر الأطفال التوحديين، ويزيد من قدرة هذه الأسر على التكيف مع المجتمع الذي يعيشون فيه، وكذلك تخفف من الأعباء المادية الملقاة على عاتقها.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصل الباحث إلى مجموعة التوصيات الآتية:

- الاستفادة من النتائج التي خلصت إليها الدراسة من حيث أولوية الحاجات لفئة أطفال اضطراب طيف التوحد، والتركيز على هذه الأولوية في بناء البرامج التدريبية التي من شأنها تحسين أداء هذه الفئة من الأطفال في شتى المجالات، خاصة في المجال السلوكي الذي جاء في المرتبة الأولى من حيث الأولوية.
- زيادة الاهتمام ببرامج التدخل المبكر الموجه إلى فئة أطفال اضطراب طيف التوحد، وذلك للاهتمام الكبير الذي أظهرته أمهات هؤلاء الأطفال في هذا الصدد كما أشارت إليه نتائج الدراسة.
- ضرورة التركيز على البرامج والأنشطة التي من شأنها توثيق العلاقات التعاونية بين أسر هذه الفئة من الأطفال وبين العاملين في ميدان التربية الخاصة.
- الاستفادة من فكرة الدراسة الحالية وتطبيقها من خلال دراسات تشمل مختلف فئات التربية الخاصة.
- إجراء دراسات إحصائية خاصة باضطراب طيف التوحد للوقوف على نسبة الانتشار الحقيقية لهذا الاضطراب في الأردن وبالتالي تحديد كم ونوع الخدمات التي تحتاجها هذه الفئة بناءً على نتائج هذه الإحصائيات.

قائمة المراجع

أولاً- المراجع العربية:

أبو الفتوح، محمد. (٢٠١١). **الأطفال الأوتيمستك**. عمان: دار زهران للنشر.

الأحمد، سلوى. (٢٠٠٦). **طبيعة الاحتياجات التدريبية والتأهيلية للأطفال التوحديين من وجهة نظر الآباء والمختصين**. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

الإمام، محمد والجوالدة، فؤاد. (٢٠١٠). **التوحد ونظرية العقل: سلسلة نظرية العقل في التربية الخاصة**. عمان: دار الثقافة.

برادلي، ديان وسيزر، مارغريت. (٢٠٠٠). **الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة وتطبيقاته التربوية** (ترجمة: الشخص، عبدالعزيز والسرطاوي، زيدان). العين: دار الكتاب الجامعي.

الجلبي، سوسن. (٢٠٠٧). **التوحد الطفولي: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه**. عمان: ديبونو للطباعة والنشر.

الخطيب، جمال والحديدي، منى. (٢٠٠٤). **التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة**. عمان: دار الفكر.

الخطيب، رداح. (١٩٩٥). تحديد الاحتياجات التدريبية. **مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط**، ٥(١)، ٦٦٠- ٦٦٥.

الروسان، فاروق. (٢٠٠٠). **دراسات في أبحاث التربية الخاصة**. عمان: دار الفكر.

الزريقات، إبراهيم والإمام، محمد. (٢٠٠٨). التقييم النفسي والتربوي لدى عينة من أطفال التوحد بالأردن. **المؤتمر السنوي الرابع عشر**، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

الزريقات، إبراهيم. (٢٠٠٤). **التوحد: الخصائص والعلاج** (الطبعة الأولى). عمان: دار وائل للنشر.

الزهراني، عبدالله. (٢٠٠٥). المشكلات السلوكية للأطفال التوحديين من وجهة نظر المعلمين والمعلمات في المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

السعد، سميرة. (١٩٩٧). تقدير والدي الأطفال المصابين بالتوحد للاحتياجات التدريبية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت والمملكة العربية السعودية. **المجلة التربوية، جامعة الكويت،** ١٢(٤٥)، ٣٣-٧٠.

السليطي، محمد. (٢٠٠٤). **دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة.** قطر: وزارة التربية والتعليم.

سليمان، عبد الرحمن. (٢٠٠٤). **المضطربون سلوكياً.** الرياض: الرشد للنشر.

الشامي، وفاء. (٢٠٠٤). **خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه** (الطبعة الأولى). جدة: مركز جدة للتوحد.

شبيب، عادل. (٢٠٠٨). **الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء.** رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، بريطانيا.

الشخص، عبد العزيز والدمياطي، عبد الغفار. (١٩٩٢). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين** (الطبعة الأولى). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشخص، عبد الغفار. (١٩٩٧). **اضطرابات النطق والكلام: خلفيتها، تشخيصها، أنواعها، علاجها.** القاهرة: دار الرشاد للنشر.

الشيخ ذيب، رائد. (٢٠٠٤). **تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته.** أطروحة دكتوراه غير منشورة.

الجامعة الأردنية، الأردن.

عادل، محمد. (٢٠٠٥). **مقياس الطفل التوحدي (الطبعة الثالثة)**. القاهرة : دار الرشاد.

عصام، زيدان. (٢٠٠٤). الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأساسية. **مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة**، ٤(٢)، ١٤٢-١٥٣.

عمارة، ماجد. (٢٠٠٥). **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق**. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

عودة، سليمان وملكاوي، فتحي. (١٩٩٢). **أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية** (الطبعة الثانية). عمان: مكتبة الكتاني.

الفوزان، محمد. (٢٠٠٣). **التوحد: المفهوم والتعليم والتدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين**. الرياض: دار عالم الكتب.

القمش، مصطفى. (٢٠١١). **مدخل إلى اضطرابات التوحد**. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر.

كفافي، علاء الدين وعبد الحميد، جابر. (١٩٩٥). **قاموس علم النفس والطب النفسي**. القاهرة: دار النهضة.

الكيكي، محسن. (٢٠١١). المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم. **مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية**، ١١(١)، ٧٦-٩٩.

المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين في الأردن. (٢٠١٢). http://hcd.gov.jo

مصطفى، أسامة. (٢٠١١). **سمات التوحد**. عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر.

موسى، رشاد. (٢٠٠٩). **الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة**. الإسكندرية: دار الوفاء للنشر.

هالاهان، دانيال وكوفمان، جيمس. (٢٠٠٨). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم** (ترجمة: عادل، عبدالله). الأردن: دار الفكر.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

Autism and Developmental Disability Monitoring network (ADDM), (2008). http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html.

Autism society of America, (2004). http://www.autism-society.org.

Blue-Banning, M., Summers, A., Frankland, C., Nelson, L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. **Exceptional Children, 70 (2)**, 167-184.

Brain. A., Samoul,L., Betsy,P., & Ann,M. (2010) Infants and Toddlers with Autism Spectrum Disorder: **Early Identification and Early Intervention. 32**(2). 75- 98, http://onlin.sagepub.com.

Broen, H. (2010). **Examining the needs of families of school-aged children with an autism spectrum disorder.** Unpublished master thesis, Queen university, Canada.

Buffington, B., Gton, E., and Shigeki, P. (2005). Procedures For Teaching Appropriate Gestural communication skills To Children With Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders, 28**(6), 22-32.

Bunch, A. (2007). **Teaching Parents and Paraprofessional How to Provide Behavioral Intensive Early Intervention For Children With Autism.** Unpublished ph-D, University of California.

Carter, A., Davis, N., Klin, A. & Volkmar, F. (2005). Social Development in Autism. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior.** New York: John Wiley & Sons, INC.

Center for Disease Control and Prevention, (2012). http://www.cdc.gov.

Courchesne, E. (2004). Brain development in autism: early overgrowth followed by premature arrest of growth. **Neuron Journal, 10** (4), 106-111

Courchesne, E. (2004). **Mapping early brain development in autism, Neuron Journal, 56 (2)**, 399-413.

Freitag, C. (2007). **The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature, Department of Child and Adolescent Psychiatry,** Saarland University Hospital, Homburg, Germany.

Gray.D. (2006) Coping over time: the parents of children with autism, **journal of** intellectual disability research, 50 (12), 970-976.

Heather, R., & Graff, J. (2011). The Relationship among Adaptive Behaviors of Children With Autism, Family Support, Stress, And Coping. Issues in Comprehensive

Pediatric Nursing, 3 (34), 4–25.

Heather. R., & Graff, J. (2010). Parenting Challenges in Family of Children with Autism: A Pilot Study. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2(33), 187–204.**

Hedenbro, M. & Tjus, T. (2007). A case study of parent-child interactions of a child with autistic spectrum disorder. **Child language teaching & therapy, 23 (2), 201-222.**

Heflin, L., & Alaimo, D. (2007). **Students with autism spectrum disorders: Effective instructional practices.** Upper Sanddle River: Memill & Prentice Hall. http://www.prenticehall.com.

Heward, W. (2006): **Exceptional Children an introduction to special education**, Eighth Edition, upper saddle river, New Jersey, Columbus Ohio.

Hobson, P. (2005). Autism and emotion. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior.** New York: John Wiley & Sons, INC.

Julie, A. (2012). **Comparing Symptoms of Autism Spectrum Disorder Using Current DSM-IV-TR Diagnostic Criteria and The Proposed DSM-V Diagnostic Criteria**, Unpublished ph-D, Department of Psychology, Louisiana state University.

Kinnie, P., & Legislative, A. (2008). **Autism treatment**, Wisconsin legislative reference bureau, Department of education and research Web site: http://www.legis.state.wi.us./lrb.

Knickmeyer, R., & Baron-Cohen, S. (2006). **Fetal testosterone and sex differences in typical social development and in autism.** Department of Psychiatry, University of North Carolina, USA.

Kolevzon, A. (2007). **Parenatal and perinatal risk factor for autism: a review and integration of finding, pediatric adolescent med, 16 (4), 326-370.**

Kuder, S. (2003). **Teaching students with language and communication disabilities (2nd Ed.).** Boston: Allyn & Bacon.

Larris, S. & Magley, N. (2008). Comparison between social, behavioral and adaptive skills on asample of autistic children. **Journal of Early Intervention,25 (1), 89-93.**

Limperopoulos, A. (2009). **Autism spectrum disorders in survivors of extreme** prematurity, Journal of Early Childhood Research, 36 (4), 791-805.

Lucy, B., Tonya, D., Jukie, K., & David, T. (2009). **Student IEP participation and parental satisfaction among adolescents with autism, Journal of developmental disabilities, 15 (3), 48-56.**

Mohsin, N., Khan, M., Dogar, A., & Awan, R. (2011). Role of parents in training of children with intellectual disability, **International Journal of Humanities & Social Science**, 1 (9), 78-88.

Muskiet, F., & Kemperman, R. (2006). **Foliate and long-chain polyunsaturated fatty acids in psychiatric disease.** Department of Pathology and Laboratory Medicine, University Medical Center Groningen, Netherlands.

Nathaly, L. (2005). Therapists Experience of Treating Preschool Autistic Children, **Paper in Autism conference from** http://wwwAutism.org.

O'Connor, U. (2008). Meeting in the Middle? A Study of Parent-Professional Partnerships, **European Journal of Special Needs Education**, 23(3), 253-268.

Rebecca, g., & Paul, y. (2012). Play and Communication in Children with Autism Spectrum Disorder, **Journal of Early Intervention.** 34(2), 216- 224. http://onlin.sagepub.com.

Roberts, E., English, P., Grether, J., Windham, G., Somberg, L., Wolff, C. (2007) Maternal residence near agricultural pesticide applications and autism spectrum disorders among children in the California Central Valley. **School Social Work Journal, 115** (10), 148-160.

Roger, S. Cook, I. and Meryl, A. (2005). Imitation and play in autism. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior.** New York: John Wiley & Sons, INC.

Simon, B. (2004). Autism: Research into Causes and Intervention. **Pediatric Rehabilitation Journal,** 7(1), 73- 78.

Smith, D. (2007). **Introduction to special education: Making a difference.** Boston: Allyn & Bacon.

Stephanie, F., and Shaffer, D. (2010). Parent **satisfaction with the IEP process : Parents of students with mild disability and Parents of students with severe disabilities,** Unpublished Master Thesis, University of Ohio.

Szpir, M. (2006). **Tracing the Origins of Autism: A Spectrum of New Studies,** Department of Pathology and Laboratory Medicine, University Medical Center Groningen, Netherlands.

Tager-Fgusberg, H. Paul, R. and Lord, C. (2005). Language and communication.

Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diaguosis, development neurobiology, and behavior, (p.335-364). New York: John Wiley & Sons, INC.

Toettcher, W. (2006). Autism: Assessment of needs within heartland education agency: **Journal of Special Needs Education, 16**(4), 217-230.

Tsatsanis, K. (2005). Neuropsychological characteristics in autism and related conditions. **Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior**. New York: John Wiley & Sons, INC.

Whitaker, P. (2007). Provision for youngsters with Autistic Spectrum Disorders in mainstream schools: What parents say and what parents want. **British Journal of Special Education, 34** (6), 170–178.

Young, R. Brewer, N. and Pattison, C. (2003). Parental identification of early behavioral abnormalities in children with autistic disorder. **The international journal of research and practice, 7** (2), 125-143.

Zeman, L. Swank, J. and Doktor, J. (2011). Measurable Successes for Children with ASD: Perspectives of Mother. **School Social Work Journal, 36** (1) 62-78.

ملحق (١)

قائمة أسماء المحكمين

الاسم	الجامعة	الرتبة	التخصص
أ. د. جمال الخطيب	الأردنية	أستاذ	تربية خاصة
أ. د. فاروق الروسان	الأردنية	أستاذ	تربية خاصة
د. جمال أبو زيتون	آل البيت	أستاذ مشارك	تربية خاصة
د. قيس مقداد	اليرموك	أستاذ مساعد	تربية خاصة
د. محمدالجابري	الأردنية	أستاذ مساعد	تربية خاصة
د. رائد الشيخ ذيب	الأردنية	أستاذ مساعد	تربية خاصة
د. محمد مهيدات	اليرموك	أستاذ مساعد	تربية خاصة
د. أحسان الخالدي	المجلس الأعلى للمعاقين	---------	تربية خاصة
د. أسماء الابراهيم	آل البيت	أستاذ مساعد	إرشاد نفسي
د. عروب الثمرات	العربية المفتوحة	محاضر متفرغ	علم نفس تربوي

الملحق (٢)

المقياس بصورته الأولية

مقياس حاجات أطفال اضطراب التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات

حضرة الدكتور المحترم

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول تقدير أمهات أطفال اضطراب التوحد في الأردن لحاجات أبنائهن، وذلك بهدف إيجاد قاعدة معلوماتية مبنية على الحاجات الواقعية لهذه الفئة من الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة، تستخدم في بناء البرامج التدريبية والتعليمية الموجهة لهم. ولتحقيق هدف الدراسة قام الباحث بتطوير مقياس حاجات أطفال اضطراب التوحد من وجهة نظر الأمهات.

وتمثل فقرات المقياس مجموعة من الحاجات والمهارات التي يحتاج أطفال اضطراب التوحد لتطويرها وتحسين مستوى أدائها، والتي تم التوصل إليها من خلال دراسة الأدبيات المتعلقة بخصائص الأطفال التوحديين والمشكلات التي يعانون منها، وقد توزعت الفقرات ضمن خمسة أبعاد رئيسة كالآتي: حاجات سلوكية تتعلق باختيار السلوك المناسب في المواقف المختلفة، وحاجات اجتماعية تتعلق بالمهارات الاجتماعية والقدرة على تطويرها، وحاجات تواصلية تتعلق بمشكلات اللغة والتواصل، وحاجات تكيفية تتعلق بمهارات الحياة اليومية والعناية بالذات، وحاجات أكاديمية تتعلق بتحسين المهارات التعليمية والمعرفية.

وتتم الإجابة عن فقرات المقياس وفق تدريج رباعي (لا يحتاجها، يحتاجها بشكل بسيط، يحتاجها بشكل متوسط، يحتاجها بشكل كبير). لذا أرجو المساهمة في تطوير المقياس من خلال قراءة الفقرات وبيان مدى مناسبتها ووضوحها، وإجراء أي تعديل ترونه مناسباً.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحث احمد شديفات

الرقم	الفقرة	مناسبة	غير مناسبة	التعديل
الحاجات في الجانب الأكاديمي (المعرفي والتعليمي)				
١	يضع الأشياء في أماكنها الصحيحة.			
٢	يرتب الأشياء طبقا لأحجامها.			
٣	يطابق الأشياء مع صورها.			
٤	يختار الأشياء التي تسمى له بشكل صحيح.			
٥	يرسم الأشياء الهندسية البسيطة (مثلث- مربع- دائرة).			
٦	يصنف الأشياء حسب لونها.			
٧	يرتب أحداثا مصورة زمنيا.			
٨	يفهم التعليمات البسيطة التي توجه له.			
٩	يستطيع مراقبة أشخاص يتحدثون، وينتقل بالنظر من أحدهم إلى الأخر.			
١٠	يردد أسماء أيام الأسبوع ومعرفة ما هو اليوم وماذا كان الأمس.			
١١	يتدرب على القراءة بالنسبة لمستوى صفة.			
١٢	يتدرب على الكتابة بالنسبة لمستوى صفة.			
١٣	يتدرب على الحساب بالنسبة لمستوى صفة.			
١٤	ينفذ الأوامر البسيطة المعطاة له (مثال: إغلاق الباب وفتحة).			
١٥	يعرف العملات النقدية وتمييز قيمتها.			
١٦	يميز الوقت (صباحا- ظهرا- مساءا).			
الحاجات في الجانب السلوكي				
١	يستخدم الأرجل بالشكل الصحيح خاصة في صعود الدرج.			
٢	يقفز باستخدام القدمين.			
٣	يسيطر على حركة اليدين.			
٤	يحرك الرأس بالاتجاهات المختلفة.			
٥	يمسك الملعقة بالشكل الصحيح.			
٦	يمسك الكوب بالشكل الصحيح.			
٧	يمسك القلم بالشكل الصحيح.			
٨	يقص الأوراق بالشكل الصحيح.			
٩	يقوم بإشعال النور وإطفائه.			
١٠	يقلل من عض الأصابع.			
١١	يقلل من الدوران حول النفس لفترات طويلة.			
١٢	يقلل من التجوال في المكان الذي يتواجد فيه.			
١٣	يقلل من ضرب الرأس بالجدار.			

١٤	يقلل من القفز والتلويح باليدين.			
١٥	يجلس في المقعد لأطول فترة ممكنه.			
الحاجات في الجانب التواصلي				
١	يشير إلى الأشياء عندما تسمى له.			
٢	يشير إلى الأشياء الكبيرة والصغيرة.			
٣	يشير إلى الألوان عندما تسمى له.			
٤	يستجيب إلى الإيماءات بالشكل الصحيح.			
٥	يستخدم كلمتي "نعم" و"لا" بالشكل الصحيح			
٦	يستجيب إلى الأوامر اللفظية البسيطة مثل " تعال إلى هنا ".			
٧	ينطق الأشكال البسيطة (مربع – مثلث – دائرة).			
٨	ينطق أنواع الخضراوات والفواكه بشكل صحيح.			
٩	ينطق الأحرف بشكل صحيح.			
١٠	ينطق الأرقام بشكل صحيح.			
١١	يستخدم الضمائر بالشكل الصحيح (أنت –هو–هي).			
١٢	يستخدم التعبيرات الوجهيه والإيماءات الجسدية بالشكل المناسب.			
١٣	يقدر على بدء الحديث والحوار مع الآخرين.			
١٤	يطور مهارة الاستمرار في تبادل الحديث مع الاخرين.			
١٥	يقلل من تكرار مقاطع لفظية معينة.			
١٦	يستخدم أحرف الجر (من–على– في) بشكل صحيح.			
الحاجات في الجانب التكيفي (مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات)				
١	ينوع في اهتماماته وروتينه اليومي.			
٢	يمارس الأنشطة المتنوعة التي تتناسب مع عمره.			
٣	يستجيب للأصوات المختلفة بطريقة مناسبة.			
٤	يتدرب على مهارات رعاية الذات.			
٥	يستجيب للروائح المختلفة بطريقة مناسبة.			
٦	ينوع في اختيار الألعاب المناسبة لعمرة.			
٧	يحافظ على سلامته الشخصية.			
٨	يشرب الماء بالطريقة المناسبة.			
٩	يرتدي ملابسة لوحده.			
١٠	يرتدي حذائه لوحده.			
١١	يغسل وجهه لوحده.			
١٢	يتناول الطعام بشكل مناسب.			
١٣	يستخدم الحمام بشكل مناسب.			
١٤	يطور مهارة الاعتماد على النفس.			

١٥	يقلل من إيذاء نفسه.			
الحاجات في الجانب الاجتماعي				
١	يطور القدرة على استخدام اللعب الرمزي(تقمص ادوار مختلفة أثناء اللعب).			
٢	يطور استجابته للتفاعلات الاجتماعية المختلفة.			
٣	يأخذ الدور الصحيح أثناء اللعب مع الأطفال.			
٤	يتعاون مع الاخرين عندما يطلب منه.			
٥	يتواصل مع الآخرين أثناء الاحتكاك بهم.			
٦	يطلب المساعدة عندما يحتاجها.			
٧	يضحك ويبتسم مع الآخرين بالشكل المناسب.			
٨	يستمتع بعلاقته مع الآخرين.			
٩	يعبر عن انفعالاته بطريقة مناسبة(حزن- فرح- غضب).			
١٠	يشعر بأنه محبوب ومتقبل من الآخرين.			
١١	يتدرب على مهارات التقليد بشكل صحيح.			
١٢	يقدر على اختيار العابة لوحده.			
١٣	يتفهم مشاعر وعواطف الآخرين.			
١٤	يتعلق تعلقاً عاطفياً مناسباً بالمقربين، مثل الأم والأب والأخوة.			
١٥	يقدر على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين والمحافظة عليها.			
١٦	يقلل من الاعتداء على الآخرين.			
١٧	يشارك الآخرين بالاهتمامات والانجازات.			

الملحق (٣)

المقياس بصورته النهائية

مقياس حاجات أطفال اضطراب التوحد في الأردن من وجهة نظر الأمهات

الأخت الكريمة

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول تقدير أمهات أطفال اضطراب التوحد في الأردن لحاجات أبنائهن في المجالات التالية: التواصلية، والاجتماعية، والأكاديمية، والتكيفية، والسلوكية؛ وذلك بهدف إيجاد قاعدة معلوماتية مبنية على الحاجات الواقعية لهذه الفئة من الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة، تستخدم في بناء البرامج التدريبية والتعليمية الموجهة لهم.

وتمثل فقرات المقياس مجموعة من الحاجات والمهارات التي يحتاج أطفال اضطراب التوحد لتطويرها وتحسين مستوى أدائها، والتي تم التوصل إليها من خلال دراسة الأدبيات المتعلقة بخصائص ذوي اضطراب التوحد والمشكلات التي يعانون منها.

يرجى من حضرتكن الإجابة على جميع الفقرات بدقة، علما بأن هذه المعلومات ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وقد صيغة عبارات المقياس على أن تكون الاستجابة على كل عبارة بصورة متدرجة؛ تحدد مستوى تقدير الأم لأهمية وأولوية كل حاجه من هذه الحاجات، وعليها اختيار أحدى أربعة إجابات تبعا لدرجة الأولوية والأهمية وبحسب التدريج الآتي:

(٠) لا يحتاجها.

(١) يحتاجها بشكل بسيط.

(٢) يحتاجها بشكل متوسط.

(٣) يحتاجها بشكل كبير.

مثال توضيحي:

الفقرة	٠	١	٢	٣
يستخدم الحمام بالشكل المناسب				×

هذه الإجابة تعني أن الطفل لا يستطيع استخدام الحمام بالشكل المناسب وهو بحاجة كبيرة لتطوير هذه المهارة.

البيانات الأولية:

جنس الطفل: ☐ ذكر ☐ أنثى

عمر الطفل: ☐ أقل من خمسة سنوات ☐ أكثر من خمسة سنوات

نوع الاضطراب: ☐ اضطراب التوحد (التقليدي) ☐ طيف التوحد

الرقم	الفقرة	٠	١	٢	٣
الحاجات في الجانب الأكاديمي (المعرفي والتعليمي)					
الحاجة إلى تنمية المهارات التالية:					
١	يضع الأشياء في أماكنها الصحيحة.				
٢	يرتب الأشياء طبقا لأحجامها.				
٣	يطابق الأشياء مع صورها.				
٤	يختار الأشياء التي تسمى له بشكل صحيح.				
٥	يرسم الأشياء الهندسية البسيطة (مثلث- مربع- دائرة).				
٦	يصنف الأشياء حسب لونها.				
٧	يرتب أحداثا مصورة زمنيا.				
٨	يستطيع مراقبة أشخاص يتحدثون، وينتقل بالنظر من أحدهم إلى الآخر.				
٩	يردد أسماء أيام الأسبوع ومعرفة ما هو اليوم وماذا كان الأمس.				
١٠	يتدرب على القراءة بالنسبة لمستوى صفة.				
١١	يتدرب على الكتابة بالنسبة لمستوى صفة.				
١٢	يتدرب على الحساب بالنسبة لمستوى صفة.				
١٣	ينفذ الأوامر البسيطة المعطاة له (مثال: إغلاق الباب وفتحة).				
١٤	يعرف العملات النقدية ويميز قيمتها.				
١٥	يميز الوقت (صباحاً- ظهراً- مساءً).				
الحاجات في الجانب السلوكي					
الحاجة إلى تنمية المهارات التالية:					
١	يستخدم الأرجل بالشكل الصحيح خاصة في صعود الدرج.				
٢	يقفز باستخدام القدمين.				
٣	يسيطر على حركة اليدين.				
٤	يحرك الرأس بالاتجاهات المختلفة.				
٥	يقلل من التحديق في الفراغ دون سبب.				
٦	يقلل من الانشغال الروتيني بعمل معين لمدة طويلة.				
٧	يمسك القلم بالشكل الصحيح.				
٨	يقص الأوراق بالشكل الصحيح.				

٩	يستطيع إشعال النور وإطفائه.					
١٠	يقلل من عض الأصابع.					
١١	يقلل من الدوران حول النفس لفترات طويلة.					
١٢	يقلل من التجوال في المكان الذي يتواجد فيه.					
١٣	يقلل من ضرب الرأس بالجدار.					
١٤	يقلل من القفز والتلويح باليدين.					
١٥	يجلس في المقعد لأطول فترة ممكنة.					
الحاجات في الجانب التواصلي						
الحاجة إلى تطوير المهارات التالية:						
١	يشير إلى الأشياء عندما تسمى له.					
٢	يشير إلى الأشياء الكبيرة والصغيرة.					
٣	يشير إلى الألوان عندما تسمى له.					
٤	يستجيب إلى الإيماءات بالشكل الصحيح.					
٥	يستخدم لكلمتي "نعم" و"لا" بالشكل الصحيح					
٦	يستجيب إلى الأوامر اللفظية البسيطة مثل "تعال إلى هنا".					
٧	يسمي الأشكال البسيطة (مربع-مثلث-دائرة).					
٨	يسمي أنواع الخضراوات والفواكه بشكل صحيح.					
٩	يسمي الأحرف و الأرقام بشكل صحيح.					
١٠	يستخدم الضمائر بالشكل الصحيح (أنت-هو-هي).					
١١	يستخدم التعبيرات ألوجهيه والإيماءات الجسدية بالشكل المناسب.					
١٢	يستطيع بدء الحديث والحوار مع الآخرين.					
١٣	يطور مهارة الاستمرار في تبادل الحديث مع الاخرين.					
١٤	يقلل من تكرار مقاطع لفظية معينة.					
١٥	يستخدم أحرف الجر (من-على- في) بشكل صحيح.					
الحاجات في جانب التكيفي (مهارات الحياة اليومية والعناية بالذات)						
الحاجة إلى تطوير المهارات التالية						
١	ينوع في اهتماماته وروتينه اليومي.					
٢	يمارس الأنشطة المتنوعة التي تتناسب مع عمره.					
٣	يستجيب للأصوات المختلفة بطريقة مناسبة.					
٤	يتدرب على مهارات رعاية الذات.					
٥	يستجيب للروائح المختلفة بطريقة مناسبة.					
٦	ينوع في اختيار الألعاب المناسبة لعمرة.					
٧	يحافظ على سلامته الشخصية.					
٨	يتناول السوائل بالطريقة المناسبة (مثل شرب الماء).					

الرقم	الفقرة				
٩	يرتدي ملابسه لوحده وخلعها.				
١٠	يرتدي حذائه لوحده وخلعها.				
١١	يغسل وجهه لوحده.				
١٢	يتناول الطعام بشكل مناسب.				
١٣	يستخدم الحمام بشكل مناسب.				
١٤	يطور مهارة الاعتماد على النفس.				
١٥	يقلل من إيذاء نفسه.				
الحاجات في الجانب الاجتماعي					
الحاجة إلى تطوير المهارات التالية					
١	يطور القدرة على استخدام اللعب الرمزي (تقمص ادوار مختلفة مناسبة أثناء اللعب، مثل دور الأب أو الأم).				
٢	يطور استجابته للتفاعلات الاجتماعية المختلفة.				
٣	يأخذ الدور الصحيح أثناء اللعب مع الأطفال.				
٤	يتعاون مع الاخرين عندما يطلب منه.				
٥	يتواصل مع الآخرين أثناء الاحتكاك بهم.				
٦	يطلب المساعدة عندما يحتاجها.				
٧	يضحك ويبتسم مع الآخرين بالشكل المناسب.				
٨	يستمتع بعلاقته مع الآخرين.				
٩	يعبر عن انفعالاته بطريقة مناسبة (حزن- فرح-غضب).				
١٠	يشعر بأنه محبوب ومتقبل من الآخرين.				
١١	يستطيع اختيار العابه لوحده.				
١٢	يتفهم مشاعر وعواطف الآخرين.				
١٣	يتعلق تعلقا عاطفيا مناسبا بالمقربين، مثل الأم والأب والأخوة.				
١٤	يستطيع تكوين علاقات صداقة مع الأخرين ويحافظ عليها.				
١٥	يشارك الآخرين بالاهتمامات والانجازات.				

Abstract

Shdifat, Ahmed Ali. The Needs of Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Jordan According to their Mothers in the Light of Some Variables. (2012). (Supervisor: D. Rami Tashtoush)

The present study aims to identify the most important communicative, social, academic, adaptive and behavioral needs for children with autism spectrum disorder (ASD) in Jordan according to their mothers, and to find out the differences between the needs depending on the variables: child's age, child's gender, and the type of disorder. The study sample consisted of (100) autism spectrum disorder child's mother, in the cities of Amman and Irbid.

To achieve the objective of the study, a scale of needs was constructed, consisted of (75) items distributed on five key dimensions, which included: needs in the social field, academic field, behavioral field, communicative field, and adaptive field, which meets the requirements of appropriate validity and reliability. The data was processed statistically by calculating the averages, standard deviations, and t-test.

The results showed that the estimate of mothers overall needs of their children on five dimensions was high, and they rated the domains of needs in terms as follows: academic needs, followed by the communicative needs, then the social needs, then the adaptive needs, then the academic needs.

In addition, the study showed a statistical significant differences to the needs of children's with autism spectrum disorder according to their mothers due to the type of disorder in favor of traditional autism. And there were a statistical significant differences to the needs of children's with autism spectrum disorder according to their mothers due to variable of gender in favor of females. And the study also showed a statistical significant differences to the needs of children with autism spectrum disorder according to their mothers due to variable of child's age in favor of five years or less.

Key words: Autism Spectrum Disorder (ASD), Needs, Mothers, Children.